

Analytische Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen
- Eine Studie zur Behandlungswirksamkeit -

**Dissertation zum Erwerb des Grades eines Dr. Phil. Im Fb. 2
(Erziehungswissenschaft, Psychologie, Sport- und Bewegungswissenschaften)**

UNIVERSITÄT – DUISBURG – ESSEN

Vorgelegt von:

**Monika Weber, geb. Wiegand
Geburtsort: Gelsenkirchen**

Datum der Disputation:

17.07.2003

GUTACHTER: PROF. DR. ARNOLD LANGENMAYR

GUTACHTER: PROF. DR. GÜNTER HEISTERKAMP

MÜNCHEN, AUGUST 2003

INHALTSÜBERSICHT

1. VORWORT	4
2. EINLEITUNG.....	9
3. SCHEMATISCHE DARSTELLUNG DES FORSCHUNGSPROJEKTES	10
3.1 UNTERSUCHUNGSDESIGN	10
3.2 ABLAUFPLAN	11
4. STATISTISCHE AUSWERTUNG.....	12
5. DIE MESSINSTRUMENTE IM ÜBERBLICK	13
6. AUSWAHL DER TESTVERFAHREN – MULTIMETHODALE DIAGNOSTIK	14
7. AUSWERTUNGSPLAN ZUM THEMA DER THERAPIEEFFEKTIVITÄT VON ANALYTISCHEN KINDER- UND JUGENDLICHENTHERAPIEN.....	17
7.1. BESCHREIBUNG DER UNTERSUCHUNG.....	17
7.2. GRUNDFRAGEN VOR BEGINN DER UNTERSUCHUNG	17
7.3. ALLGEMEINE HYPOTHESEN	18
7.4. HYPOTHESEN GBB.....	19
7.5 HYPOTHESEN MVL	19
7.6. HYPOTHESEN ALS	20
8. NACHWEIS DER ÄQUIVALENZ VON KONTROLL- UND UNTERSUCHUNGSGRUPPE....	20
8.1 NACHWEIS ANHAND DER ÄQUIVALENZ DER EINGANGSWERTE	20
8.2 ZUORDNUNG DER UNTERSUCHUNGS- UND KONTROLLGRUPPE ZU SOZIALEN SCHICHTEN	23
8.3. NACHWEIS ANHAND DER FAMILIENSITUATION DER KINDER UND JUGENDLICHEN	23
9. AUSWERTUNG DER MARBURGER VERHALTENSLISTE (MVL)	24
9.1 TESTBESCHREIBUNG	24
9.2. VORBEMERKUNGEN ZUR STATISTISCHEN AUSWERTUNG UND VERBALISIERUNG DER ERGEBNISSE..	25
9.3. STATISTISCHE AUSWERTUNG	28
9.3.1 Mittelwertvergleiche (erster vs letzter Test) (t-tests)	28
9.3.2 Befunde nonparametrischer Tests für verbundene Paare.....	34
9.3.3 Drittvariablenkontrollen.....	35
10. AUSWERTUNG DES GIESSENER BESCHWERDEBOGENS.....	36
10.1 TESTBESCHREIBUNG.....	36
10.2 STATISTISCHE AUSWERTUNG - ERGEBNISSE DES FRAGEBOGENS FÜR KINDER UND JUGENDLICHE - SELBSTBILD.....	36
10.2.1 Mittelwertvergleiche (erster vs letzter Test – t-tests).....	38
10.3 STATISTISCHE AUSWERTUNG - ERGEBNISSE DES FRAGEBOGENS FÜR DIE ELTERN – FREMDBILD ...	42
10.3.1 Mittelwertvergleiche (erster versus letzter Test – t-tests).....	42
10.4 SELBSTBILD VERSUS FREMDBILD – ZUR DISKUSSION DES ELTERNURTEILS IM VERGLEICH ZUR SELBSTAUSKUNFT DES PATIENTEN.....	45
10.4.1 Nonparametrische Tests für verbundene Messwert-Paare der Kinder.....	51
10.4.2 Befunde nonparametrischer Tests für verbundene Messwert-Paare der Eltern	52

11. AUSWERTUNG DES TESTS ZUM ALLGEMEINEN SELBSTWERTGEFÜHL (ALS)	53
11.1 TESTBESCHREIBUNG.....	53
11.2 STATISTISCHE AUSWERTUNG - ERGEBNISSE	53
11.2.1 ALS - Mittelwertvergleiche (erster vs letzter Test) (t-tests)	56
11.2.3 Drittvariablenkontrollen.....	61
12. NORMWERTE DER TESTS MVL, GBB UND ALS – DARSTELLUNG DER EINGANGS- UND AUSGANGSWERTE IM VERGLEICH MIT DEN GEGEBENEN NORMWERTEN	62
12.1 MVL	62
12.2 GBB.....	64
12.3 ALS	66
13. ZUR THEMATIK DER THERAPIEABBRECHER – DARGESTELLT AN DEM VERSUCH, BEI DEM TEST ALS UNTERSUCHUNGSGRUPPE UND ABBRECHER ZUSAMMENZUFASSEN.....	67
13.2 BESCHREIBUNG DER ERGEBNISSE	67
13.3 STATISTISCHE AUSWERTUNG –	69
13.3.1 Mittelwertvergleiche (erster vs letzter Test) (t-test).....	69
13.3.2 Befunde nonparametrischer Tests für verbundene Paare.....	72
13.3.3 Ergebnisse der Zusammenfassung der Untersuchungsgruppe für die Tests MVL und GBB	73
13.4 DISKUSSION DER ERGEBNISSE	73
14. ZUR FRAGE DER ALTERSABHÄNGIGKEIT DER ERGEBNISSE, DARGESTELLT AM TEST ALS	76
15. ZUR FRAGE DES MÖGLICHEN EINFLUSSES DES GESCHLECHTS AUF DIE ERGEBNISSE, DARGESTELLT AM TEST ALS	79
16. VARIANZANALYSEN FÜR GBB, MVL UND ALS	81
17. AUSWERTUNG DES BAUM-ZEICHENTESTS	91
17.1 TESTBESCHREIBUNG.....	91
17.2 STATISTISCHE AUSWERTUNG	91
17.2.1 Beurteilung der Zeichnungen durch einen Rater.....	93
17.2.2 Statistische Auswertung des Ratings.....	98
17.2.3 Befunde nonparametrischer Tests für verbundene Paare.....	99
18. ERFASSUNG VON „RANDBEDINGUNGEN“ DER THERAPIE UND VON „FEHLERQUELLEN“	100
19. ANREGUNGEN FÜR EINE WIEDERHOLUNG DER TESTREIHE - ERGÄNZUNGEN	102
20. ZUSAMMENFASSENDE DISKUSSION DER ERGEBNISSE DER DURCHFÜHRTEN TESTVERFAHREN - SCHLUSSFOLGERUNGEN	105
20.1 MVL	105
20.2 GBB.....	105
20.3 ALS	106
20.4 BZT	106
20.5 ÜBERBLICK ÜBER ALLE TESTVERFAHREN	107
21.1 FAZIT.....	113
21.1 THESEN UND ERKENNTNISSE ALS ERGEBNIS DER UNTERSUCHUNG.....	113
21.2 AUSBLICK UND EXKURS – ENTWICKLUNG EINES ERWEITERTEN FRAGEBOGENS UNTER EINBEZIEHUNG GANZHEITLICHER ASPEKTE	114
22. LISTE DER ABBILDUNGEN UND TABELLEN	117
23. LITERATURVERZEICHNIS.....	119

24. ANHANG	123
24.1 TABELLEN: ZUSAMMENGEFASSTE UNTERSUCHUNGSGRUPPE VON GBB UND MVL	123
24.1.1 <i>GBB – Untersuchungsgruppe n=26 (incl. Abbrechern)</i>	123
24.1.2 <i>MVL – Untersuchungsgruppe n=17 (incl. Abbrechern)</i>	132
24.2 AUSWAHL BAUMZEICHNUNGEN	137
24.3 FRAGEBÖGEN MVL, GBB SELBSTBILD, GBB FREMDBILD, ALS, FREIBURGER FRAGEBOGENSTUDIE	154

1. Vorwort

Mit der vorliegenden Arbeit werden die Planung, Durchführung und Auswertung des Forschungsprojektes Therapieeffektivität dargestellt. Das Projekt entstand im Jahr 1992 im Rahmen der Universität GH Essen und unter finanzieller Beteiligung der Deutschen Gesellschaft für Individualpsychologie sowie einzelner Institute der DGIP (Aachen, Delmenhorst, Düsseldorf und München) an der Datengewinnung.

Die Datenverarbeitung und die statistische Auswertung wurden aus eigenen privaten Mitteln finanziert.

Sinn und Zweck der Studie war die Untersuchung von analytischen Kinder- und Jugendlichentherapien im Hinblick auf ihre Wirksamkeit.

Mein besonderer Dank gilt den Therapeutinnen und Therapeuten des Alfred Adler Institutes München, die von ihnen behandelte und sich auf der Warteliste befindende Patienten für die Untersuchung angemeldet haben. Das Alfred Adler Institut München war zum damaligen Zeitpunkt das einzige (adlerianische) Institut, das mehrere Jahrgänge an Kinder- und Jugendlichentherapeuten ausgebildet hatte. Inzwischen gibt es diesen Ausbildungslehrgang auch in Aachen.

Mein Dank gilt ebenfalls den Kindern, Jugendlichen und deren Eltern, die sich über den oft langen Zeitraum einer therapeutischen Behandlung bzw. während der (kürzeren) Wartezeit auf einen Therapieplatz immer wieder bereiterklärt haben, die Fragebögen auszufüllen und die Baumzeichnung zu erstellen.

Herrn Prof. Dr. Günter Heisterkamp (Universität GH Essen) danke ich für die Überlassung des Themas und die Unterstützung bei der Durchführung der Untersuchung.

Mit ihm hat mir besonders Herrn Uwe Kühn bei der statistischen Auswertung und Darstellung der Ergebnisse beratend zur Seite gestanden, dem ich dafür speziellen Dank schulde.

Khalil Gibran

Das Leben

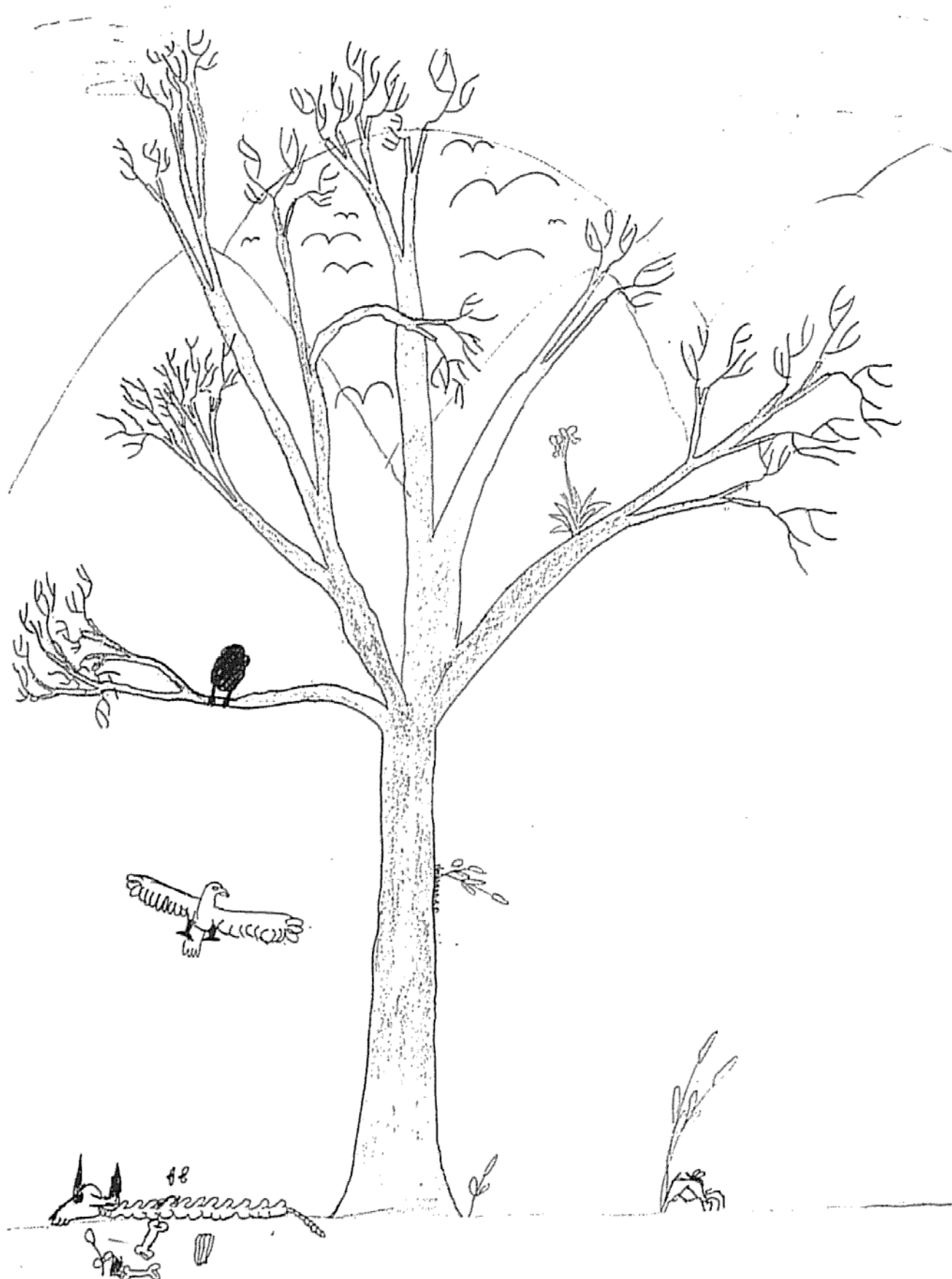
Das Leben ist älter als alles, das lebt.
So wie auch das Schöne strahlte,
Ehe die Schönheit auf Erden geboren wart;
Und wie auch das Wahre Wahrheit war, ehe es ausgesprochen.

Das Leben singt in unserem Schweigen
Und träumt in unserem Schlummer.
Selbst wenn wir besiegt und tot sind, triumphiert das Leben.
Und wenn wir weinen, lächelt das Leben dem Tag;
Und es ist frei, selbst wenn wir in Ketten gehen.

Oft finden wir das Leben bitter, doch nur,
wenn wir selbst von Bitterkeit umhüllt sind.
Und wir halten es für leer und unergiebig,
Doch nur, wenn die Seele zu öden Orten zieht
Und das Herz berauscht ist von sich selbst.

Das Leben ist tief, prachtvoll und weit entfernt zugleich.
Und obwohl euer Blick nur seine Füße fassen kann,
Ist es euch nah.
Und obwohl nur der Hauch eures Atems sein Herz erreicht,
Streift der Schatten eures Schattens sein Gesicht;
Und der Widerhall eures schwächsten Schreies
Wird Frühling und Herbst in seiner Brust.

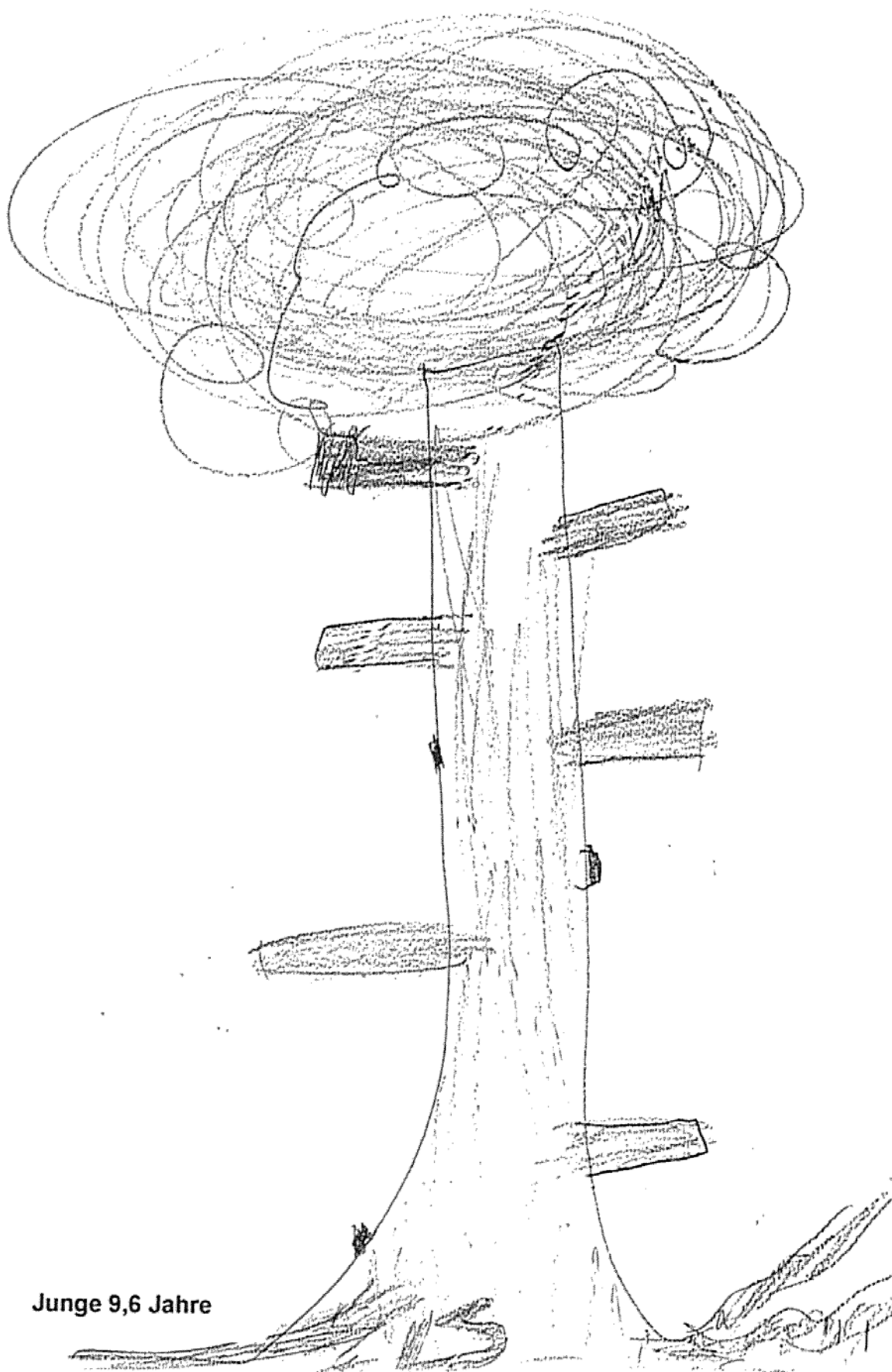
Das Leben ist verhüllt und verborgen,
Wie auch euer größeres Selbst verborgen und verhüllt ist.
Aber wenn das Leben spricht, werden alle Winde Worte.
Und wenn es von neuem spricht, so wird das Lächeln auf euren Lippen
Und die Tränen in euren Augen zum Wort.
Wenn es singt, hören es die Tauben und sind ergriffen.
Und wenn es sich langsam nähert, sehen es die Blinden
Und sind entzückt und folgen ihm verwundert und erstaunt.



Junge 11,5 Jahre



Mädchen 13,5 Jahre



Junge 9,6 Jahre

2. Einleitung

Im Frühsommer 1993 wurde alle Kinder- und Jugendlichen-therapeut(inn)en angeschrieben, die am Alfred Adler Institut München ausgebildet worden waren oder sich an diesem Institut noch in Ausbildung, und zwar im Praktikantenstatus, befanden. Trotz wiederholter Anschreiben und diverser (auch persönlicher) Motivierungsversuche fanden sich von ca. 55 Ki/Ju-Therapeut(inn)en leider nur 15 Kolleg(inn)en bereit, an der Untersuchung teilzunehmen.

Die angeschriebenen Therapeuten erhielten die Übersicht über die Messmethoden, einen Ablaufplan zur Einschätzung des Arbeitsaufwandes und das Untersuchungsdesign (siehe die folgenden Abbildungen).

An der Untersuchung beteiligten sich im Endeffekt nur fertig ausgebildete Therapeuten. Die Gruppe wurde in mehreren Schreiben gebeten, sich an der Untersuchung zu beteiligen, u.a. auch mit einem Schreiben des Vorstandes des Alfred-Adler-Institutes, in dem nochmals hervorgehoben wurde, dass gerade Therapeuten aus dem Bereich der Individualpsychologie „in ihrem berufspolitischen Engagement bisher allgemein zu wenig aktiv waren. Die bevorstehende Änderung zum Psychotherapeutengesetz und ihre zu erwartenden Auswirkungen zeigen eine solche Notwendigkeit zur Mitarbeit aber eindringlich. Empirische Untersuchungen sind auch in diesem Zusammenhang besonders wichtig geworden, sowohl zur Effektivitätskontrolle der eigenen Theorie und Methoden, als auch im weiteren Sinne für die Öffentlichkeit. Der Vorstand des Alfred Adler Institutes München unterstützt diese Studie ausdrücklich und bittet Sie um Ihre verständnisvolle Mitarbeit.“

Dieser Brief des Vorstandes hatte aber leider keinen weiteren Einfluss auf die Mitarbeit der Kinder- und Jugendlichen-Therapeuten.

Diejenigen, die sich zu Beginn bereit erklärt hatten, das Forschungsprojekt zu unterstützen, meldeten nach und nach Patienten an – entsprechen der eigenen Neuaufnahmen in den Praxen.

Die Planung des Projektes begann 1992, die Datenaufnahme erfolgte ab 1994, und wegen der Langzeittherapien und der sukzessiven Meldung neuer Patienten war erst ab dem Jahr 2000 der Beginn der umfassenden Auswertung möglich.

3. Schematische Darstellung des Forschungsprojektes

3.1 Untersuchungsdesign

Stichprobe

Untersuchungsgruppe: Patienten vor bzw. in analytischer Einzeltherapie
 Kontrollgruppe: Patienten, vorgesehen für analytische Einzeltherapie
 Beginn der Behandlung nach Wartezeit

Größe der Stichprobe

Untersuchungsgruppe	N= 26 Patienten
Kontrollgruppe	N= 15 Patienten

Untersuchungsinstrumente

- Aussagen-Liste zum Selbstwertgefühl (ALS) für Kinder und Jugendliche
- Giessener Beschwerdebogen (GBB) für Kinder und Jugendliche
- Baum-Test für Kinder und Jugendliche
- Marburger Verhaltensliste (MVL) für die Eltern der 9-12jährigen
- Giessener Beschwerdebogen, Fremdbild (GBB-F), Eltern

3.2 Ablaufplan

Untersuchungsgruppe		Kontrollgruppe	
Untersuchungszeitpunkt	Untersuchungsinstrument	Untersuchungszeitpunkt	
1. Bei Beginn der analytischen Einzeltherapie, zwischen Erstgespräch und Ende probatorischer Sitzungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ALS ▪ GBB Selbst- und Fremdbild ▪ Baum-Test ▪ MVL 	1. Bei Beginn der Wartezeit, nach Erstgespräch	
2. nach 3 Monaten analytischer Einzeltherapie	unverändert, wie oben	2. nach 3 Monaten Wartezeit	
3. nach ½ Jahr analytischer Einzeltherapie	unverändert, wie oben	3. nach ½ Jahr Wartezeit	
4. Fortsetzung der Messungen im Abstand von jeweils einem halben Jahr bis Therapieende.		4. Fortsetzung bis zur Aufnahme einer Therapie	

4. Statistische Auswertung

Die statistische Auswertung der erhobenen Daten erfolgte bei Academic Data in Essen. Es wurden Programme aus dem SPSS-X Programm-Paket benutzt. Die Auswahl der Verfahren und Programme orientierte sich an dem jeweiligen Test.

Angewandt wurden:

- (1.) t-Test für verbundene Paare bei den 'echten' (Sub)skalenwerten,
- (2.) bivariate Chi2-Tests bei den Kreuztabellen zu gruppierter Veränderung von Roh-/ %Rangwerten in den jeweiligen Untersuchungsgruppen
- (3.) eine Reihe von nonparametrischen Verfahren:

- Wilcoxon Matched-Pairs Signed-Ranks Test
- Vorzeichen (Sign) Test
- Marginal Homogeneity
- McNemar Test

zum Test von Mittelwerten der Gesamtskalenwerte vor und nach der Therapie, bzw., im Falle des McNemar Tests eine bivariate Gruppierung dieser Werte.

- (4.) Univariate Chi2-Tests

- (5) Varianzanalysen

Zu 1.)

Der t-Test für verbundene Paare ist ein typischer Vorher - Nachher Vergleich. D.h., es werden die (Mittel-)Werte vom ersten Messpunkt mit denen vom zweiten (letzten) Messpunkt verglichen und dabei wahrscheinkeitsstatistisch in Beziehung gesetzt, indem sie mit theoretisch erwarteten Werten verglichen werden. Erreicht die Abweichung der beobachteten Werte zu den theoretischen ein ausreichend unwahrscheinliches großes Maß, werden sie als nicht mehr zufällig bzw. signifikant betrachtet. In den entsprechenden Outputs wurden die Befunde zu den einzelnen Subskalen, wie auch die der Gesamtskala ausgewiesen. Aufgrund der vergleichsweise großen bzw. differenzierten Datenbasis, lieferte dieser Test die genauesten und verlässlichsten Ergebnisse, vorausgesetzt die Fallzahlen in den Gruppen betragen – nach Faustregel – etwa $n \geq 30$ (was in dieser Untersuchung nicht der Fall ist).

Zu 2.)

Bei dem bivariaten Chi2-Test in Rahmen der Kreuztabellen werden die Anzahlen gruppierter Werte der Skalen vor und nach der Therapie bzw. am Anfang und Ende der Wartezeit getrennt nach Gruppen untersucht. Hierbei werden die Zellenbesetzungen mit theoretisch zu erwartenden Zahlen verglichen.

Beim überwiegenden Teil der Tabellen ist aber die Anzahl der Zellen mit einer zu kleinen theoretisch zu erwartenden Fallzahl pro Zelle so groß, dass eine wahrscheinkeitsstatistische Interpretation der Tabellen nicht erlaubt ist.

Zu 3.)

Aufgrund der z.T. sehr geringen Fallzahlen in den zu vergleichenden Gruppen wurden – wie insbesondere in der Psychologie üblich – nonparametrische Verfahren zur Überprüfung der Wirksamkeit der Therapie eingesetzt.

Hierbei werden zumeist die Anzahlen der gruppierten Gesamtskalenwerte in bezug auf Verbesserungen, Verschlechterungen und Gleichstände in Beziehung zu theoretisch zu erwartenden Werten gesetzt. Eine wahrscheinkeitsstatistische Interpretation ist (aufgrund der marginalen Voraussetzungen der verwandten Verfahren) hier erlaubt.

Aus diesem Grund finden diese Ergebnisse sich dann auch in den tabellarischen Übersichten, in denen dann nur noch Zahlen stehen, die schlicht besagen: die Therapie wirkt (signifikant; d.h. $< .10$); die Therapie wirkt nicht (nicht signifikant; d.h. $> .10$).

Bei zweiseitigen Tests und Befunden mit Wahrscheinlichkeiten kleiner als 10% ($P < 0,10$) können die dem Test zugrundeliegenden Nullhypothesen zurückgewiesen werden (entspricht der Bedingung $P < 0,05$ bei einseitigen Tests).

5. Die Messinstrumente im Überblick

Die Altersgruppe beschränkt sich aufgrund der Anwendbarkeit der Tests auf die 9-16jährigen Kinder und Jugendlichen. Die Eltern werden einbezogen durch zwei Fragebögen. Die verwendeten Fragebögen finden sich im Anhang dieser Arbeit.

Kinder und Jugendliche

1. ALS: Aussagen-Liste zum Selbstwertgefühl
Der Fragebogen umfasst 18 werthaltige Beschreibungen bzw. Aussagen aus dem Alltag von Kindern und Jugendlichen, wobei jeweils 9 Beschreibungen positiv (z.B. „ich fühle mich wohl“) bzw. negativ (z.B. „ich bin ein Versager“) formuliert sind. In der Aussagen-Liste wird zwischen den verschiedenen Verhaltensbereichen Schule, Freizeit und Familie unterschieden. Der Fragebogen eignet sich im wissenschaftlichen Forschungsbereich zur Beschreibung intraindividuelle Entwicklungsverläufe (Verlaufsforschung).
2. GBB-KJ: Giessener Beschwerdebogen für Kinder und Jugendliche
Der Fragebogen dient der Erfassung subjektiver körperlicher Beschwerden und umfasst die Bereiche Allgemeinempfinden, Vegetativum, Emotionalität und Kinderbeschwerden und ermöglicht Hinweise auf den Leidensdruck. Die mehrmalige Erhebung der Beschwerden kann Hinweise auf den Behandlungserfolg geben.
3. Baum-Test (Zeichentest nach Koch, A.) als projektiver Test

Eltern:

4. MVL: Marburger Verhaltensliste
Mit der MVL werden solche Bereiche des Problemverhaltens erfasst, die auf eine psychologische Behandlung, insbesondere kindzentrierte Spieltherapie, ansprechen. Das Verfahren eignet sich auch zur therapiebegleitenden Erfolgskontrolle. Die 80 Items verteilen sich auf 5 Subskalen: Emotionale Labilität, Kontaktangst, Unrealistisches Selbstkonzept, Unangepasstes Sozialverhalten und Instabiles Leistungsverhalten. Dieser Test wird aufgrund seiner Anwendbarkeit nur den Eltern der 9-12jährigen Kinder vorgelegt.
5. GBB – Giessener Beschwerdebogen, Fremdbild
Dieser Test entspricht in Bezug auf die Items dem GBB-Selbstbild. Die Eltern werden aufgefordert, das körperliche Befinden ihres Kindes einzuschätzen.

Die Fragebögen werden mit Hilfe von SPSS ausgewertet, der Baum-Test wird durch einen Rater beurteilt hinsichtlich des Grades der Veränderung.

6. Auswahl der Testverfahren – Multimethodale Diagnostik

Seidenstücker und Baumann (1987) merken an, dass es in der Praxis schon lange das Prinzip der Mehrfachmessung gebe. „Man beschränkt sich bei den verschiedenen diagnostischen Fragestellungen der klinischen Psychologie nicht mehr auf eine Messmethode, sondern ist zunehmend bestrebt, mit Hilfe mehrerer systematisch ausgewählter Messmethoden die diagnostische Entscheidung zu treffen. Wir können also eine Entwicklung von einer eher unimethodalen zu einer multimethodalen Vorgehensweise konstatieren Für eine multimethodale Diagnostik erscheinen vor allem drei Gesichtspunkte wesentlich: Datenebenen, Datenquellen und Funktionsbereiche. Dabei werden unter Datenebenen Grundkategorien organischer Merkmale wie z.B. Erleben, Verhalten oder Leistungen verstanden. Unter Datenquellen verstehen wir die Kennzeichnung des Datengebers nach Kategorien wie z.B. Patient, Pflegepersonal oder Instrument. Unter Funktionsbereichen sind Klassen psychischer Funktionen wie Informationsaufnahme (z.B. Wahrnehmung), Informationsverarbeitung (z.B. Konzeptbilden, Denken), biologische Funktionen (z.B. vegetative Veränderungen) oder Reaktionsklassen (z.B. selbstsicheres Verhalten) zu verstehen.“ (S. 137).

Seidenstücker und Baumann (1978) weisen darauf hin, dass – im Gegensatz zu den ersten Untersuchungen zur Effektivität, die sich ausschließlich auf Therapeutenurteile stützten - in den neueren Untersuchungen Patienten, Angehörige und unabhängige Beobachter als Datenquellen zur Bewertung des Therapieerfolges hinzugezogen werden.

Die einzelnen Messverfahren sehen sie als Möglichkeit, verschiedene Aspekte des Therapieerfolges untersuchen zu können, weisen aber auch auf das Problem hin, aus den Einzelbefunden wieder eine Gesamtbewertung der Therapie abzuleiten und auf die Erfahrung, dass Fremdbeurteilung und Selbstbeurteilung zu divergierenden Ergebnissen führen: „Patienten und Fremdbeurteiler können aufgrund ihrer spezifischen Urteilsperspektiven je einzeln keine vollständigen Auskünfte über alle Aspekte der Ausprägung oder Veränderung einer Störung geben.“ (S. 142).

Auch Autoren wie Strupp und Hadley (1977) forderten, dass Ergebnisse der Psychotherapie unter verschiedenen Betrachterstandpunkten und mit mehreren Methoden zu untersuchen seien.

Diese Forderung wurde in der vorliegenden Untersuchung aufgenommen. Um eine Beschreibung von Veränderung bei den Kindern und Jugendlichen auf verschiedenen Ebenen vornehmen zu können, wurden Daten aus unterschiedlichen Quellen verwendet.

Die Patienten selbst werden befragt mit Hilfe des GBB und des ALS. Den Eltern wurde der GBB-Fremdbild vorgelegt und der MVL. Der Baumtest wurde durch einen Experten in diesem Gebiet bewertet, hier handelt es sich um eine Fremdbewertung durch einen Rater.

Bei der Auswahl der Testverfahren wurde auf eine Einschätzung des Therapieerfolges durch die behandelnden Therapeuten verzichtet, ebenso wurde verzichtet auf eine Einschätzung des Therapieerfolges durch den Patienten und die Eltern - dies hätte im Rahmen einer globalen Veränderungsbeurteilung erfolgen müssen. Die Übereinstimmung zwischen Patienten- und Elternurteil „ist aber keineswegs perfekt und

geht selten über eine Korrelationen von .50 hinaus.“ (Baumann, Seidenstücker 1978., S. 167).

Außerdem wurde von den Autoren festgestellt: „Patienten und Therapeuten überschätzen im Vergleich zu unabhängigen Beurteilern das Ausmaß der erreichten Therapieziele“ (dies., S. 169).

Cremerius vertritt die Ansicht/These, dass die behandelten Kinder unter Umständen „dem Therapeuten zuliebe“ einen Behandlungserfolg angeben.

Langenmayr und Kosfelder merken an, ein „günstiges Urteil des Klienten mag die Realität einer Besserung der behandelten Person wiedergeben, es kann aber auch Ausdruck einer Tendenz zur sozialen Erwünschtheit des Klienten, einer mangelnden Ablösung, oder eines eigenen Wunsches, die der Realität aber nicht entspricht, sein. Umgekehrt ist auch die paradoxe Situation denkbar, dass ein negatives Urteil zu einem bestimmten Zeitpunkt vor Abschluss der Therapie aus therapeutischer Perspektive günstig zu bewerten ist.“ (Langenmayr, Kosfelder 1998, S. 100).

Nach Brehler selbst, dem Verfasser des Giessener Beschwerdebogens, könnten die guten Ergebnisse des Elternurteils auch beim GBB die Erwartungen der Eltern spiegeln, dass die durchgeführte Therapie erfolgreich gewesen sei (zu den Ergebnissen siehe 10.4).

Battegay, Glatzel u.a. schildern in ihrem Handwörterbuch der Psychiatrie, dass eine Verfälschung der Beobachtung seitens des Beurteilers erfolgen kann. Diese beruhe auf folgenden Faktoren:

- „1. Rosenthal-Effekt: Das Ergebnis einer Untersuchung wird durch die Erwartungshaltung des Untersuchers mitgeprägt.
2. Tendenz des Untersuchers zur Über- oder zur Unterbewertung von Störungsgraden.
3. Halo-Effekt: Das Ergebnis einer Untersuchung wird durch Kenntnisse anderer Eigenschaften bzw. durch den Gesamteindruck des Probanden mitbeeinflusst.
4. Logischer Fehler: Das Ergebnis einer Untersuchung wird dadurch mitgeprägt, dass ein Untersucher nur solche Detailbeobachtungen heranzieht, die ihm im Rahmen seines vorgegebenen theoretischen und logischen Konzeptes sinnvoll erscheinen.“ (Battegay u.a. 1984, S. 253).

Diese Fehler können durch eine Kombination von Selbstbeurteilung und Fremdbeurteilung z.T. kompensiert werden.

In der vorliegenden Arbeit wurde, wie bereits dargestellt, auf die Fremdbeurteilung durch den Therapeuten verzichtet. Zum einen wurde dieses Verfahren bereits im Heidelberger Forschungsprojekt angewandt, zum anderen hätte das Hinzuziehen des Therapeutenurteils den Rahmen des Forschungsprojektes gesprengt, welches nicht – wie viele andere Projekte – vom finanzieller und personeller Ausstattung her direkt an eine Universität und den dort im Hintergrund wirkenden Verwaltungsapparat angebunden war.

Es wäre sicherlich noch schwieriger gewesen, Therapeuten zur Mitarbeit zu gewinnen, wenn diese selbst noch zum Ausfüllen von Fragebögen herangezogen worden wären. Der Hinweis, dass bis auf die Meldung der Patienten, also die zu leistende Überzeugungsarbeit den Eltern gegenüber, die nicht unerheblich war, keinerlei weitere Verpflichtungen auf sie zukommen, war in diesem Fall äußerst wichtig.

Als Ergebnis der oben dargestellten Überlegungen wurden Testverfahren ausgewählt, die auf unterschiedlichen Ebenen „messen“:

Selbsteinschätzung durch den Patienten, Einschätzung durch die Eltern, Messen auf der Ebene der Körpersymptome (GBB), des Verhaltens (MVL), des Selbstwertgefühls (ALS) und auf einer für den Patienten subjektiv unbewussteren Ebene durch die Hinzuziehung des Baum-Tests als projektivem Test (Auswertung durch „neutrale Beobachter“, Rating-Verfahren).

Einzelne Messverfahren wurden eingesetzt, um verschiedene Aspekte des Therapieerfolges messen zu können:

Selbstbeurteilungen haben „ihre spezifischen Fehlerquellen und zum anderen bildet das in den Beurteilungen widerspiegelte Erleben der Patienten nur eine Perspektive der Gesamtänderung ab. Andere Datenquellen wie der Therapeut, soziale Bezugspersonen des Patienten und neutrale Beobachter müssen zur vollständigen Erfassung des Veränderungsgeschehens auf der Verhaltensseite herangezogen werden.“ (Seidenstücker u. Baumann 1978, S. 144).

Die Thematik des Elternurteils wird im Zusammenhang der Ergebnisse des GBB und der MVL eingehender diskutiert.

Die Auswahl der in dieser Untersuchung verwendeten Tests in Bezug auf Datenebenen und Datenquellen lässt sich wie folgt darstellen:

Datenebenen →	Verhalten	Erleben	Ich-Struktur	Symptomatik
Datenquellen ↓				
Patient		ALS	Baum-ZT	GBB - KJ
Eltern	MVL			GBB - Eltern
Unabh.Beobachter/ Rater			Baum-ZT Auswertung	

7. Auswertungsplan zum Thema der Therapieeffektivität von Analytischen Kinder- und Jugendlichentherapien

7.1. Beschreibung der Untersuchung

Es handelt sich um eine prospektive Untersuchung über einen Zeitraum von 8 Jahren mit einer unterschiedlichen Anzahl an Messzeitpunkten pro Patient (Minimum 2, Maximum 11).

Die Anzahl hing ab von der Therapiedauer der einzelnen Patienten und von der Länge der Wartezeit der Patienten aus der unbehandelten Kontrollgruppe.

In der Untersuchung wird versucht, die Therapieeffekte gegenüber Zufallsergebnissen abzusichern, indem sie mit Ergebnissen aus einer unbehandelten Kontrollgruppe verglichen werden.

26 Patienten befinden sich in der Untersuchungsgruppe, 15 Patienten in der Kontrollgruppe.

Es liegen somit 26 Datensätze für die Untersuchungsgruppe und 15 Datensätze für die Kontrollgruppe vor.

7.2. Grundfragen vor Beginn der Untersuchung

Die folgenden Überlegungen beziehen sich auf alle angewandten Testverfahren:
Als generelle Fragestellungen ergaben sich im Vorfeld:

- Ist die analytische Psychotherapie bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen erfolgreich und – wenn ja – in welchem Maße?
- Sind die eingetretenen Effekte auf die Therapie zurückzuführen? (Vergleich zur Kontrollgruppe).
- Gibt es geschlechtsspezifische Unterschiede?
- Hat die Dauer der Therapie einen Einfluss auf den Therapieerfolg?
- Wirkt sich das Alter aus auf den Erfolg der Behandlung?
- Wie ist die Ausgangslage bei Beginn der Untersuchungsreihe bezogen auf Normwerte?
- Ergibt ein Prae-Post-Vergleich signifikante Ergebnisse? (Vergleich zwischen dem Messwert zu Beginn der Untersuchung mit dem Messwert am Ende und einem definierten Zielwert (soweit in den Manuals der Tests Werte für die Normalpopulation angegeben sind).
- Führt die Berücksichtigung der Ausgangslage vor Therapie- bzw. Untersuchungs-Beginn zu weiteren Erkenntnissen – neben der Betrachtung der Daten im Hinblick auf statistische Signifikanz? Bereiter (1967) und Bergin (1971) postulieren: Bei der üblichen Berechnung der durchschnittlichen Veränderung in einer Stichprobe werde „physikalistisch“ vorgegangen, indem man einen Gruppenmittelwert der Veränderung ermittelt, ohne den im Einzelfall unterschiedlichen Veränderungsdaten Rechnung zu tragen. Berücksichtige man aber nur die individuellen Veränderungsdaten, so laufe man Gefahr, zu keinen allgemeingültigen Aussagen zu kommen. In der Analyse der Veränderungswerte, so die Autoren, sollten die

jeweilige individuelle Ausgangslage vor Therapiebeginn berücksichtigt werden. Von S. Schmidtchen und B. Hobrucker (1978) wird folgende Arbeitshypothese vorgeschlagen: Therapie „bewirkt eine positive Verbesserung in den Kriteriumsmaßen, in denen die Klienten vor Therapiebeginn ungünstige Ausgangslagen aufwiesen. Diese Verbesserungen sind nicht auf spontane Remissionen zurückzuführen.“ (dies., S.117). In der vorliegenden Untersuchung wird diese Fragestellung untersucht im Kapitel 12. Normwerte – Darstellung der Eingangs- und Ausgangswerte im Vergleich mit den gegebenen Normwerten.

- Betrachtung des Themas der Veränderung von Symptomen im Verlauf einer Langzeittherapie – in diesem Fall wichtig für die Auswertung des GBB und MVL: „Eine weitere Schwierigkeit in der Evaluation von Langzeittherapien bedeutet die Erfahrung, dass sich Symptome im Verlauf verändern können. Symptome, die den Auslöser für einen Therapiebeginn darstellten, können rasch verschwinden, dafür aber andere Symptome im Therapieverlauf neu auftreten, was teilweise als Therapiefortschritt gesehen werden kann und sich auch psychodynamisch nachvollziehen und erklären lässt. Eine Evaluation, die nur die Symptomveränderung erfasst, könnte also relativ früh eine Verbesserung feststellen, ohne dass sich an der Störung, die den Symptomen intrapsychisch auf Konfliktebene zugrunde liegt, etwas geändert haben müsste..... Umso positiver sind Evaluationsstudien zu werten, die nicht nur auf der Symptomebene, sondern auch auf der Konfliktebene einen Versuch der Evaluation vornehmen.“ (Brisch K.H. und Kächele 1999, S. 570). In diesem Fall kann die evtl. sich herauskristallisierende Verbesserung auf Symptomebene verglichen werden mit den Veränderungen des Allgemeinen Selbstwertgefühls und mit den Ergebnissen des Baum-Zeichen-Tests.
- Thema der unbehandelten Kontrollgruppe: „Studien mit randomisierten Langzeitpsychotherapien mit einer unbehandelten Kontrollgruppe sind aus der Forschungsperspektive sehr wünschenswert. Aus ethischen Gründen sind sie manchmal schwer durchzuführen und stoßen auf wenig Akzeptanz, obwohl aus einem solchen Design gerade über den natürlichen Verlauf von Störungen im Vergleich zu einer Behandlungsgruppe wichtige Erkenntnisse gewonnen werden könnten. Insbesondere Fragen nach einer spontanen Remissionsrate eines Symptoms oder nach einem Symptomwechsel über die Zeit sind hochinteressant und lassen sich am besten durch kontrollierte randomisierte Längsschnittstudien beantworten.“ (Brisch u. Kächele 1999, S. 568).

Eine unbehandelte Kontrollgruppe konnte gebildet werden durch auf einen Therapieplatz wartende Patienten.

7.3. allgemeine Hypothesen

Vor Beginn der Untersuchungsreihe wurden die folgenden Hypothesen aufgestellt:

1. Eine analytische Behandlung von Kindern und Jugendlichen ist wirkungslos. (Nullhypothese). Erwartet wird im Fall des GBB eine Zunahme oder ein Gleichbleiben der Symptome, im Falle des ALS eine Verminderung oder ein Gleichbleiben des Selbstwertgefühls und beim MVL eine Zunahme oder ein Gleichbleiben des auffälligen Verhaltens. Alternativhypothese: Eine analytische Behandlung führt zu einer eindeutigen Abnahme der Symptome, des auffälligen Verhaltens und zu einer deutlichen Zunahme des Selbstwertgefühls.

2. Die Therapieverbesserungen in den Zielbereichen Verhalten (MVL), Selbstwertgefühl (ALS) und Körperbeschwerden (GBB) finden parallel zueinander statt (Hypothese) - versus: Die Therapieverbesserungen in den o.g. Zielbereichen findet unabhängig voneinander statt.
3. Nach Bergin (in Schmidtchen u.a.) müsse davon ausgegangen werden, dass durch die Therapie nicht nur Verbesserungseffekte, sondern auch Verschlechterungs- und Nulleffekte auftreten. Diese Möglichkeit müsse berücksichtigt und untersucht werden. Schmidtchen schlägt in seiner Untersuchung folgende Hypothese vor: Die Therapie „hat keinen verschlechternden Einfluss auf ursprünglich normale (d.h. im Streubereich des Gesunden) liegende Kriteriumswerte. Demgegenüber liegt die Rate der Verschlechterungen bei unbehandelten Gruppen signifikant höher.“ (Schmidtchen u.a. 1978, S. 118).

7.4. Hypothesen GBB

1. Null-Hypothese:

Der Leidensdruck in Bezug auf die Körperbeschwerden verändert sich nicht.

Alternativhypothese:

Der Leidensdruck hat sich im Verlauf der Behandlung gebessert.

2. Null-Hypothese:

Die Therapie bewirkt keine Verringerung der Diskrepanz der Wahrnehmung von Körperbeschwerden zwischen Kind und Elternteil (GBB Selbstbild und GBB Fremdbild).

Alternativhypothese:

Die Therapie bewirkt eine Verringerung der Diskrepanz.

Grundannahme ist dabei, dass eine Diskrepanz besteht. Dies zeigt sich bei einem ersten Blick auf die ausgefüllten Bögen, ist aber zunächst statistisch nachzuweisen.

Sollte sich im Verlaufe der Therapie eine Annäherung der Werte feststellen lassen, wäre eine Veränderung der elterlichen Fremdwahrnehmung des Kindes anzunehmen.

7.5 Hypothesen MVL

Im MVL wird das Problemverhalten gemessen an den Subskalen:

- Emotionale Labilität
- Kontaktangst
- Unrealistisches Selbstkonzept
- Unangepasstes Sozialverhalten
- Instabiles Leistungsverhalten

1. Nullhypothese:

Die Häufigkeit des abgefragten Verhaltens bleibt im Verlauf der Therapie gleich.

Alternativhypothese:

Die Häufigkeit der abgefragten Verhaltensweisen nimmt im Verlauf der Therapie ab.
(= Die Punktezahle der einzelnen Skalen sinkt im Verlauf der Testzeitpunkte ab).

2. Nullhypothese:

Bei Therapiebeendigung bleibt die Häufigkeit in einem Bereich, der für sich von der Häufigkeit von unauffälligen Kindern unterscheidet.

Alternativhypothese:

Bei Therapiebeendigung hat sich die Häufigkeit so weit reduziert, dass sie sich der von unauffälligen Kindern angenähert hat bzw. identisch ist.

7.6. Hypothesen ALS

Nullhypothese:

Das Selbstwertgefühl der behandelten Kinder bleibt im Verlauf der Therapie gleich.

Alternativhypothese:

Das Selbstwertgefühl der behandelten Kinder erhöht sich im Verlauf der Therapie.

Diese Hypothesen können untersucht werden für die 3 verschiedenen Bereiche:

Schule, Freizeit, Familie.

8. Nachweis der Äquivalenz von Kontroll- und Untersuchungsgruppe

Aus statistischer Sicht sollte eine Rekrutierung zu Kontroll- und Untersuchungsgruppe absolut zufällig erfolgen. Da dies nicht gewährleistet werden konnte, muss die Äquivalenz der beiden Gruppen durch Vergleich aller Messungen zu t1 geprüft werden. Dies ist aus statistischer Sicht kein Beweis der Annahme der Äquivalenz, aber eine notwendige Voraussetzung.

Ein Betrachten der folgenden Tabellen zeigt, dass die Äquivalenz der beiden Gruppen weitgehend gegeben ist. Völlig gleiche Ausgangswerte sind in der Praxis nicht realisierbar.

Der Nachweis wird anhand der Eingangsverfassung von Untersuchungs- und Kontrollgruppe bei Testbeginn und im Hinblick auf die soziodemographischen Daten geführt. Untersuchungs- und Kontrollgruppe unterscheiden sich nicht wesentlich hinsichtlich der Randbedingungen und hinsichtlich der Eingangswerte.

8.1 Nachweis anhand der Äquivalenz der Eingangswerte

Tabelle 8-1: Eingangswerte MVL

MVL Skalen-Rohwerte*	Kontroll- gruppe (n = 12)	Untersuchungs- gruppe (n = 13)	Therapie- Abbrecher (n = 4)	Gesamt (n = 29)
Emotionale Labilität	8,58	6,62	8,00	7,62
Kontaktangst	8,92	5,92	11,50	7,93
Unrealistisches Selbstkonzept	9,33	6,38	4,00	7,28
Unangepasstes Sozialverhalten	13,25	10,08	11,25	11,55
Instabiles Leistungsverhalten	15,00	11,15	7,75	12,28
MVL-Gesam	55,08	40,08	42,50	46,62

* ohne Berücksichtigung von Alter und Geschlecht

MVL Prozent -Rangwerte**	Kontroll- gruppe (n = 12)	Untersuchungs- gruppe (n = 13)	Therapie- Abbrecher (n = 4)	Gesamt (n = 29)
Emotionale Labilität	76,92	77,69	81,75	77,93
Kontaktangst	88,25	71,15	96,00	81,66
Unrealistisches Selbstkonzept	85,50	78,77	72,75	80,72
Unangepasstes Sozialverhalten	86,42	74,85	86,00	81,17
Instabiles Leistungsverhalten	87,67	77,15	75,00	81,21
MVL-Gesamt	89,08	79,69	90,75	85,10
** unter Berücksichtigung von Alter und Geschlecht				

Tabelle 8-2: Eingangswerte GBB

ELTERN - Skalen- Rohwerte*	Kontroll- gruppe (n = 15)	Untersuchungs- gruppe (n = 18)	Therapie- Abbrecher (n = 8)	Gesamt (n = 41)
Erschöpfung	8,8	5,9	10,0	7,8
Magensymptomatik	7,3	6,8	8,5	7,3
Gliederschmerz	5,1	4,8	2,1	4,4
Kreislaufsymptomatik	3,1	2,3	2,3	2,6
Erkältungsymptomatik	8,4	8,4	11,9	9,1
Gesamt-Beschwerdedruck	32,7	28,2	34,8	31,2
* ohne Berücksichtigung von Alter und Geschlecht				

KINDER - Skalen- Rohwerte*	Kontroll- gruppe (n = 15)	Untersuchungs- gruppe (n = 18)	Therapie- Abbrecher (n = 8)	Gesamt (n = 41)
Erschöpfung	8,7	7,6	10,3	8,5
Magensymptomatik	7,9	7,9	6,5	7,7
Gliederschmerz	6,5	5,3	4,3	5,6
Kreislaufsymptomatik	4,1	4,4	5,9	4,6
Erkältungsymptomatik	10,8	9,8	11,9	10,6
Gesamt-Beschwerdedruck	38,1	35,1	38,8	36,9
* ohne Berücksichtigung von Alter und Geschlecht				

KINDER - Prozent – Rangwerte**	Kontroll- gruppe (n = 15)	Untersuchungs- gruppe (n = 18)	Therapie- Abbrecher (n = 8)	Gesamt (n = 41)
Erschöpfung	74,3	61,9	77,0	69,4
Magensymptomatik	73,3	70,8	55,0	68,6
Gliederschmerz	70,5	62,7	50,1	63,1
Kreislaufsymptomatik	70,7	63,8	72,9	68,1
Erkältungsymptomatik	69,7	59,3	80,1	67,2
Gesamt-Beschwerdedruck	72,4	63,6	65,5	67,2
** unter Berücksichtigung des Geschlechts				

Tabelle 8-3: Eingangswerte ALS

KINDER – Skalen-Rohwerte*	Kontroll- gruppe (n = 15)	Untersuchungs- gruppe (n = 18)	Therapie- Abbrecher (n = 8)	Gesamt (n = 41)
Schule	1,67	-0,56	-2,00	-,02
Freizeit	9,20	10,56	11,88	10,32
Familie	8,40	6,28	-1,25	5,59
ALS-Gesamt	19,267	16,28	8,625	15,88

* ohne Berücksichtigung von Alter und Geschlecht

KINDER – Prozent – Rangwerte**	Kontroll- gruppe (n = 15)	Untersuchungs- gruppe (n = 18)	Therapie- Abbrecher (n = 8)	Gesamt (n = 41)
Schule	47,27	41,22	34,25	42,07
Freizeit	46,07	44,17	53,75	46,73
Familie	39,33	38,06	21,25	35,24
ALS-Gesamt	42,6	38,61	28,13	38,02

** unter Berücksichtigung des Geschlechts

Im MVL ist die Kontrollgruppe in den Eingangswerten auffälliger als die Untersuchungsgruppe.

Im GBB liegen die Eingangswerte aller Gruppen weitgehend beieinander, die Kinder und Jugendlichen der Kontrollgruppe weisen ein leicht erhöhtes Beschwerdemaß auf.

Im ALS weist die Kontrollgruppe ein höheres Selbstwertgefühl auf als die Untersuchungsgruppe und als die Gruppe der Abbrecher.

8.2 Zuordnung der Untersuchungs- und Kontrollgruppe zu sozialen Schichten

Eine Äquivalenz der Untersuchungs- und Kontrollgruppe lässt sich ebenfalls nachweisen durch eine Zuordnung der Patienten zu sozialen Schichten und durch einen Vergleich der familiären Situation:

Die Zuordnung erfolgte gemäß der Schichteinteilung nach Kleinig und Moore (1968).

	<u>Kontrollgruppe</u>		<u>Untersuchungsgruppe</u>	
Untere Unterschicht	1	7,692 %	6	21,428 %
Obere Unterschicht	3	23,076 %	7	24,999 %
Untere Mittelschicht	3	23,076 %	3	10,714 %
Mittlere Mittelschicht	3	23,076 %	9	32,142 %
Obere Mittelschicht	3	23,076 %	3	10,714 %

In der Heidelberger Studie wurden die Kinder und Jugendlichen bzw. deren Eltern ebenfalls nach Kleinig u. Moore in diese Schichten eingeteilt.

„Aus Familien der unteren Sozialschichten kamen 40,7 Prozent der Kinder, 55,9 Prozent aus der Mittelschicht und 3,4 Prozent aus der Oberschicht“ (Fahrig, Kronmüller u.a. 1996, S. 379)

Die Kontrollgruppe stellt sich von ihrer Ausgangslage her etwas günstiger dar – sie unterscheidet sich von der Untersuchungsgruppe in den Bereichen Untere Unterschicht und Obere Mittelschicht.

8.3. Nachweis anhand der Familiensituation der Kinder und Jugendlichen

Kontrollgruppe

Leben in Ursprungsfamilie	6	46,153 %
Leben bei einem alleinerziehenden Elternteil	6	46,153 %
Leben nicht bei den Eltern (Heim- oder Pflegekind)	1	7,692 %

Untersuchungsgruppe

Leben in Ursprungsfamilie	12	42,857 %
Leben bei einem alleinerziehenden Elternteil	14	49,999 %
Leben nicht bei den Eltern (Heim- oder Pflegekind)	2	7,142 %

Untersuchungs- und Kontrollgruppe weisen wieder ähnliche Werte auf.

Die Untersuchungsergebnisse von Fahrig, Kronmüller u.a. (dies., 1996, S. 379) lauten entsprechend:

„In ihren Ursprungsfamilien lebten 66,9 Prozent der Kinder, 22,0 Prozent bei einem alleinerziehenden Elternteil und 11,1 Prozent lebten nicht bei ihren Eltern (Z.B. Pflege- oder Heimkinder).“

9. Auswertung der Marburger Verhaltensliste (MVL)

9.1 Testbeschreibung

Die Autoren geben an, dass der Test „solche Bereiche des Problemverhaltens erfasst, die auf psychologische Behandlung, insbesondere kindzentrierte Spieltherapie, ansprechen. Das Verfahren eignet sich auch zur therapiebegleitenden Erfolgskontrolle.“ (Ehlers 1978, S. 5).

Der Auskunft gebende Elternteil hat 80 Fragen zu beantworten, die im Anhang 23.1 nachzulesen sind. Dabei ist die Anzahl der Tage zu nennen, an denen bestimmte Verhaltensabläufe in den letzten zwei Wochen zu beobachten waren.

Die Autoren gehen dabei von der Annahme aus, dass Eltern ihr Kind erst dann zu einer psychologischen Behandlung anmelden, wenn die Eltern über das Verhalten beunruhigt sind. Außerdem sei nur ein Teil der Kinder im Alter von 6 bis 12 Jahren in der Lage, über sich selbst so zu reflektieren, „wie es für die Exploration oder die Anwendung introspektiver Fragebogen vorausgesetzt wird“. (Ehlers 1978, S. 6).

Besonders hervorzuheben ist das methodische Vorgehen der Autoren bei der Erstellung der Items. Es werden Items verwendet, die auf die Verhaltensebene bezogen sind. „Der Beurteiler hat ausschließlich Angaben über eigene Beobachtungen zu machen. Auf diese Weise soll der Einfluss impliziter Theorien im Sinne einer Etikettierung des Kindes möglichst gering gehalten werden.“ (dies. S. 6).

Die Autoren nehmen an, dass „allein die Häufigkeit bestimmter, nicht besonders beunruhigender Verhaltensweisen eine zulängliche Unterscheidungsvariable für unauffällige und Problemkinder darstellt.“ (dies., S. 6-7).

Sie räumen aber auch ein, dass Störungen übersehen werden, die sich nicht in Form von Verhalten äußern – so zum Beispiel Erlebniszustände von Selbstunsicherheit und Angst. Aus diesem Grund wurde in dieser Effektivitätsstudie der Fragebogen zum Allgemeinen Selbstwertgefühl eingesetzt.

Der Test wurde von den Autoren entwickelt, um Veränderungen aufgrund einer Spieltherapie zu messen und um die Wirksamkeit von Therapie zu kontrollieren. Die Kinder wurden in Gruppen zu jeweils drei Personen behandelt. Befragt wurden die Eltern von 51 Kindern im Alter von 9-12 Jahren. „Vor der Therapie lag der Gesamtpunktwert der MVL erheblich über den Werten verhaltensauffälliger Kindern... Bei 39 Kindern nahm während der Behandlung die registrierte Auffälligkeit deutlich ab. Dies sind die nach unserer Definition die erfolgreich therapierten. Bei 12 Kindern kam es zu keiner Reduzierung der MVL-Werte.“ (Ehlers 1977, S. 137).

Die Autoren geben zu bedenken, dass es weiteren Untersuchungen vorbehalten bleiben müsse, inwieweit das sich positiv verändernde Elternteil allein auf die Behandlung zurückgeführt werden könne und „frei von intervenierenden Bedingungen wie z.B. spontane Remission und Erwartungseinstellungen ist. Für die Bemühung der Beurteiler um Objektivität spricht die Beobachtung, dass im Einzelfall die Punktabnahme während der Behandlungszeit nicht so kontinuierlich verläuft, wie sie sich durch die Mittelwertberechnung ... ergibt.“ (Ehlers 1976, S. 214-215.)

Weitere detaillierte Beschreibungen der Testentwicklung sind der Handanweisung zu entnehmen.

Um die Angaben in unten stehenden Tabellen mit Angabe des Prozentranges interpretieren zu können, ist anzumerken, dass von den Autoren bei einem Überschreiten des Prozentranges von 80 die Diagnose eines Problemverhaltens gestellt wird. Ein Unterschreiten des Gesamtwertes von 50 deutet auf ein unauffälliges Kind hin. Bei der Übertragung der Rohwerte in Prozentrangwerte werden das Alter des Kindes und das Geschlecht berücksichtigt.

9.2. Vorbemerkungen zur statistischen Auswertung und Verbalisierung der Ergebnisse

Die Veränderungen werden zunächst anhand von Rohwerten und anschließend anhand der Prozentrangwerte bemessen. Diese sind vom Verfasser für eine diagnostische Bewertung vorgesehen, da erst hierdurch alters- und geschlechtsspezifische Unterschiede berücksichtigt werden (laut Ehlers 1978, S. 42-45).

Der bei Rohwerten und Prozentrangwerten durchgeführte t-Test beruht auf den paarweisen Differenzen (Vorher - Nachher) der Probanden. Im strengen Sinn erfordert der t-Test mindestens intervall-skaliertes Datenniveau.

Die tatsächlich erreichten Skalen – Messwerte zwischen 0 und einem Maximum – werden, je nach Alter und Geschlecht, in eine Skala zwischen 0 und 100 überführt. Aus einer ursprünglich ratio-skalierten Datenreihe (Rohwerte mit natürlichem Nullpunkt) ist eine intervall-skalierte Datenreihe geworden (Prozentrangwerte mit konventionell festgelegtem Nullpunkt), sodass der t-Test auch in diesem Fall als zulässig betrachtet werden kann.

Entgegengehalten werden könnte, dass die Datenreihe der Prozentrangwerte nach der Transformationsvorschrift nicht stetig ist, da eine Reihe von Rohwerten einem Prozentrang zugeschrieben werden, sodass die Übertragung der Rohwerte in Prozentrangwerte zunächst wie eine Umgruppierung aussieht. Dennoch handelt es sich um eine mathematische Transformation der ratio-skalierten Rohwerte, die zwar je nach Alter und Geschlecht der Versuchsperson variiert, trotzdem aber zu einer Skala mit gleichen Abständen führt, nämlich der Prozentzahl. Diese Prozentzahl zeigt, inwieweit der Wert einer Versuchsperson unterhalb (bzw. oberhalb) einer Vergleichspopulation (Verteilung) liegt. Individuelle Werte werden somit an der Gesamtverteilung eines Vergleichskollektivs relativiert, um die Werte aus Situationen mit unterschiedlichen Voraussetzungen vergleichbar zu machen.

Als Vergleichszeitpunkte wurden der erste (Anamnese) und der letzte Test (Katamnese) betrachtet.

Im ersten Schritt wurden mittels einer Reihe von t-Tests die Mittelwerte der Rohwerte (ohne Berücksichtigung von Alter und Geschlecht der Kinder beim jeweiligen Testzeitpunkt) und anschließend auch die Mittelwerte der Prozentrangwerte zum Zeitpunkt der Anamnese (erster Test) mit denen zum Zeitpunkt der Katamnese (letzter Test innerhalb der Therapie) unter Berücksichtigung von Alter und Geschlecht in den Skalen 'Unangepasstes Sozialverhalten' (US), 'Emotionale Labilität'

(EL), 'Unrealistisches Selbstkonzept' (SK) der Kinder beim jeweiligen Testzeitpunkt verglichen.

Hierbei wurde jeweils nach Kontrollgruppe (Patienten ohne Therapie, $n = 12$) und der Untersuchungsgruppe der Patienten, die die Therapie regulär beendet haben ($n = 13$) sowie der Untersuchungsgruppe der Patienten, die die Therapie abgebrochen haben ($n = 4$), unterschieden.

Sowohl bei den Vergleichen der Rohwerte als auch bei den Vergleichen der Prozentrangwerte (vorher - nachher) sind die Ergebnisse der t-Tests für die Untersuchungsgruppe der Patienten, die die Therapie regulär beendet haben - mit Ausnahme der Subskala 'Unangepasstes Sozialverhalten' (US) -signifikant.

Demgegenüber ergeben sich bei der Kontrollgruppe (Patienten ohne Therapie) keine signifikanten Unterschiede. Die Gruppe der Patienten, die die Therapie abgebrochen haben, besteht aus lediglich 4 Personen, so dass eine Interpretation der Ergebnisse wenig sinnvoll erscheint, wenngleich auch hier in der Gesamtskala und in den Subskalen 'Unrealistisches Selbstkonzept' (SK) und 'Instabiles Leistungsverhalten' (IL) signifikante Unterschiede festzustellen sind.

In einem zweiten Schritt wurden für die Gesamtskala die Veränderungen der Rohwerte sowie der Prozentrangwerte so gruppiert, dass die Anteile von Verschlechterungen, der unveränderten und verbesserten Patienten in den jeweiligen Gruppen erkennbar werden. Hierbei ergeben sich in erster Linie Verbesserungen in allen Gruppen, lediglich in der Kontrollgruppe sind einzelne konstante oder schlechtere Ergebnisse festzustellen.

Anschließend wurde, anhand der zum MVL beschriebenen Zuordnungsvorschrift (vgl. Ehlers 1978; S.29 Abb.2) eine Einstufung der Befunde in Diagnosegruppen vorgenommen und wiederum eine Gruppierung im Hinblick auf eine Verschlechterung oder Verbesserung der Gruppenzugehörigkeit oder ein Gleichbleiben zum Zeitpunkt des letzten Tests vorgenommen. Auch hier werden (um die Vergleichbarkeit der diagnostischen Beurteilung von Skalenrohwerten sicherzustellen) Alters- und Geschlechtsunterschiede in den oben genannten Subskalen berücksichtigt.

Wie aus der Tabelle ersichtlich ist, sind in der Untersuchungsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe - mit Ausnahme der Subskala 'Unrealistisches Selbstkonzept' (SK) - deutlich höhere Anteile von Verbesserungen anzutreffen. Die hohen Anteile bei den Therapie-Abbrechern erklären sich wiederum aus der geringen Zahl der Patienten.

Um interpretierbare signifikanz-statistische Befunde zu den Veränderungen (Anamnese - Katamnese) zu erhalten, wurden für die Gesamtskala MVL eine Reihe nonparametrischer Tests für verbundene Paare durchgeführt.

Die χ^2 - Statistiken der Kreuztabellen sind ganz überwiegend nicht interpretierbar, da in keinem Fall die hierzu notwendige Bedingung von maximal 20% erwarteter Häufigkeiten < 5 in den Zellen der Tabellen eingehalten wird.

Zur Überprüfung der Veränderung der Gesamtskalen-Prozentrangwerte wurden alle nonparametrischen Test, die von SPSS 6.0 angeboten werden, durchgeführt:

Wilcoxon-Vorzeichen Rangtest für verbundene Paare, Vorzeichen (Sign) Test, Marginal Homogeneity, McNemar Test (Vierfelder Vorher-Nachher-Test)

Zur Durchführung des McNemar Test wurden die 4-stufigen Diagnose-Gruppen in der Weise dichotomisiert, daß die Diagnose-Gruppen:

1 'unauffällig' und 2 'eher unauffällig' einerseits und die Gruppen: 3 'Problemkind' und '4 eher auffällig' andererseits zusammengefasst wurden.

Die Befunde sämtlicher angewandter Verfahren sind für die Untersuchungsgruppe signifikant. Dagegen sind bei der Kontrollgruppe nur zufällige Veränderungen zu beobachten. Damit ist festzustellen, dass die Veränderungen (Verbesserungen) nicht zufällig sind, und es kann angenommen werden, dass hierfür die Therapie als ursächlicher Faktor verantwortlich ist.

Die zu beobachtenden - signifikanten - Veränderungen bei der Gruppe der Therapie-Abbrecher sind aufgrund der geringen Fallzahl nicht interpretierbar. Auf die Besonderheit der Gruppe der Therapieabbrecher wird in Kapitel 13 ausführlich eingegangen. Es wird ebenfalls nachgewiesen, dass diese Gruppe nicht mit der Gruppe der Kinder und Jugendlichen zusammengefasst werden kann, die die Therapie regulär beendet haben.

Um Hinweise darauf zu erlangen, welche Faktoren für eine Verbesserung/Verschlechterung von Bedeutung sein könnten, wurden abschließend einige Drittvariablenkontrollen des Zusammenhangs von Randbedingungen und Veränderungen der Selbstwertgefühlsgruppen vorgenommen.

Folgende Faktoren (Drittvariablen) wurden betrachtet: Kurzzeit- bzw. Langzeittherapie, Schicht, Familiensituation, Anamnese-Alter, Katamnese-Alter.

Da in den zugrundeliegenden Kreuztabellen die Voraussetzung von max. 20% Feldern mit erwarteten Häufigkeiten kleiner als 5 regelmäßig verletzt wird, ist nur eine deskriptive Interpretation möglich. Auffällige Befunde sind hierbei nicht zu beobachten.

Die Gruppe der Patienten, die die Therapie regulär beendet hat, zeigt signifikante Ergebnisse in allen 4 Tests, die Gruppe der Abbrecher im Wilcoxon-Vorzeichen-Rangtest und im MC-Nemar-Test. Die Kontrollgruppe weist keine signifikanten Ergebnisse auf.

Die Ergebnisse lassen erkennen, dass eine Therapie ein wesentlicher Faktor für eine Verbesserung der betrachteten Patienten ist.

9.3. Statistische Auswertung

9.3.1 Mittelwertvergleiche (erster vs letzter Test) (t-tests)

Tabelle 9-1: MVL Fremdeinschätzung – Skalen - Rohwerte*

Skalen – Rohwerte*	Therapie-Abbrecher (n = 4)		
	Anamnese	Katamnese	p**
Emotionale Labilität	8,0	2,0	,102
Kontaktangst	11,5	6,0	,137
Unrealistisches Selbstkonzept	4,0	0,25	,002
Unangepasstes Sozialverhalten	11,25	5,5	,157
Instabiles Leistungsverhalten	7,75	1,5	,022
MVL-Gesamt	42,5	15,25	,010

* mit ohne Berücksichtigung von Alter und Geschlecht
 ** zweiseitige Signifikanz (**signifikant**)
Interpretation aufgrund geringer Fallzahl problematisch

Skalen – Rohwerte*	Untersuchungsgruppe (n = 13)		
	Anamnese	Katamnese	p**
Emotionale Labilität	6,62	1,77	,001
Kontaktangst	5,92	1,77	,009
Unrealistisches Selbstkonzept	6,38	1,38	,001
Unangepasstes Sozialverhalten	10,08	6,62	,211
Instabiles Leistungsverhalten	11,15	4,0	,005
MVL-Gesamt	40,08	15,46	,003

* ohne Berücksichtigung von Alter und Geschlecht
 ** zweiseitige Signifikanz (**signifikant**)

Skalen – Rohwerte*	Kontrollgruppe (n = 12)		
	Anamnese	Katamnese	p**
Emotionale Labilität	8,58	6,42	,366
Kontaktangst	8,92	6,17	,176
Unrealistisches Selbstkonzept	9,33	5,92	,160
Unangepasstes Sozialverhalten	13,25	12,17	,734
Instabiles Leistungsverhalten	15,00	10,83	,228
MVL-Gesamt	55,08	41,67	,245

* ohne Berücksichtigung von Alter und Geschlecht
 ** zweiseitige Signifikanz

Tabelle 9-2: MVL Fremdeinschätzung – Prozent-Rangwerte

Prozent – Rangwerte*	Therapie-Abbrecher (n = 4)		
	Anamnese	Katamnese	P**
Emotionale Labilität	81,75	44,25	,123
Kontaktangst	96,00	79,00	,154
Unrealistisches Selbstkonzept	72,75	22,00	,003
Unangepasstes Sozialverhalten	86,00	63,25	,140
Instabiles Leistungsverhalten	75,00	29,75	,022
MVL-Gesamt	90,75	52,25	,023

* unter Berücksichtigung des Geschlechts
 ** zweiseitige Signifikanz (**signifikant**)
Interpretation aufgrund geringer Fallzahl problematisch

Prozent – Rangwerte*	Untersuchungsgruppe (n = 13)		
	Anamnese	Katamnese	P**
Emotionale Labilität	77,69	44,08	,006
Kontaktangst	71,15	42,00	,011
Unrealistisches Selbstkonzept	78,77	43,38	,002
Unangepasstes Sozialverhalten	74,85	61,23	,267
Instabiles Leistungsverhalten	77,15	45,69	,015
MVL-Gesamt	79,69	48,31	,010

* unter Berücksichtigung des Geschlechts
 ** zweiseitige Signifikanz (**signifikant**)

Prozent – Rangwerte*	Kontrollgruppe (n = 12)		
	Anamnese	Katamnese	P**
Emotionale Labilität	76,92	74,42	,831
Kontaktangst	88,25	76,58	,158
Unrealistisches Selbstkonzept	85,50	72,17	,226
Unangepasstes Sozialverhalten	86,42	80,00	,437
Instabiles Leistungsverhalten	87,67	70,67	,160
MVL-Gesamt	89,08	79,00	,302

* unter Berücksichtigung des Geschlechts
 ** zweiseitige Signifikanz

Tabelle 9-3: MVL Vorher-Nachher-Vergleich der Gesamt-Mittelwerte gruppiert**** Veränderung Rohwerte **.**

%Anteile Veränderung Rohwert*	Therapie- Abbrecher (n = 4)	Therapie regulär beendet (n = 13)	Kontroll- gruppe (n = 12)
Schlechter	0	0	16,7
Gleich	0	0	0
Besser	100	100	83,3

* ohne Berücksichtigung von Alter und Geschlecht

**** Veränderung Prozentrangwerte **.**

%Anteile Veränderung %Rangwerte*	Therapie- Abbrecher (n = 4)	Therapie regulär beendet (n = 13)	Kontroll- gruppe (n = 12)
Schlechter	0	0	16,7
Gleich	0	0	25,0
Besser	100	100	58,3

* unter Berücksichtigung des Geschlechts

Tabelle 9-4: MVL Vorher-Nachher Vergleiche der Gesamt-Mittelwerte gruppiert in den Subskalen

* unter Berücksichtigung von Alter und Geschlecht

Subskala: Emotionale Labilität

%Anteile Veränderung Diagnosegruppe	Therapie- Abbrecher (n = 4)	Therapie regulär beendet (n = 13)	Kontroll- gruppe (n = 12)
Schlechter	0	0	16,7
Gleich	0	30,8	75,0
Besser	100	69,2	8,3

Subskala: Kontaktangst

%Anteile Veränderung Diagnosegruppe	Therapie- Abbrecher (n = 4)	Therapie regulär beendet (n = 13)	Kontroll- gruppe (n = 12)
Schlechter			8,3
Gleich	75,0	38,5	66,7
Besser	25,0	61,5	25,0

Subskala: Unrealistisches Selbstkonzept

%Anteile Veränderung Diagnosegruppe	Therapie- Abbrecher (n = 4)	Therapie regulär beendet (n = 13)	Kontroll- gruppe (n = 12)
Schlechter			25,0
Gleich		15,4	41,7
Besser	100,0	84,6	33,3

Subskala: Unangepasstes Sozialverhalten

%Anteile Veränderung Diagnosegruppe	Therapie- Abbrecher (n = 4)	Therapie regulär beendet (n = 13)	Kontroll- gruppe (n = 12)
Schlechter			
Gleich	50,0	69,2	66,7
Besser	50,0	30,8	33,3

Subskala: Instabiles Leistungsverhalten

%Anteile Veränderung Diagnosegruppe	Therapie- Abbrecher (n = 4)	Therapie regulär beendet (n = 13)	Kontroll- gruppe (n = 12)
schlechter			25,0
gleich	25,0	46,2	41,7
besser	75,0	53,8	33,3

Tabelle 9-5: MVL Vorher-Nachher Vergleiche der Gesamt-Mittelwerte gruppiert in der Gesamtskala

* unter Berücksichtigung von Alter und Geschlecht

Subskala: MVL-Gesamt

%Anteile Veränderung Diagnosegruppe	Therapie- Abbrecher (n = 4)	Therapie regulär beendet (n = 13)	Kontroll- gruppe (n = 12)
schlechter			8,3
Gleich		38,5	66,7
Besser	100,0	61,5	25,0

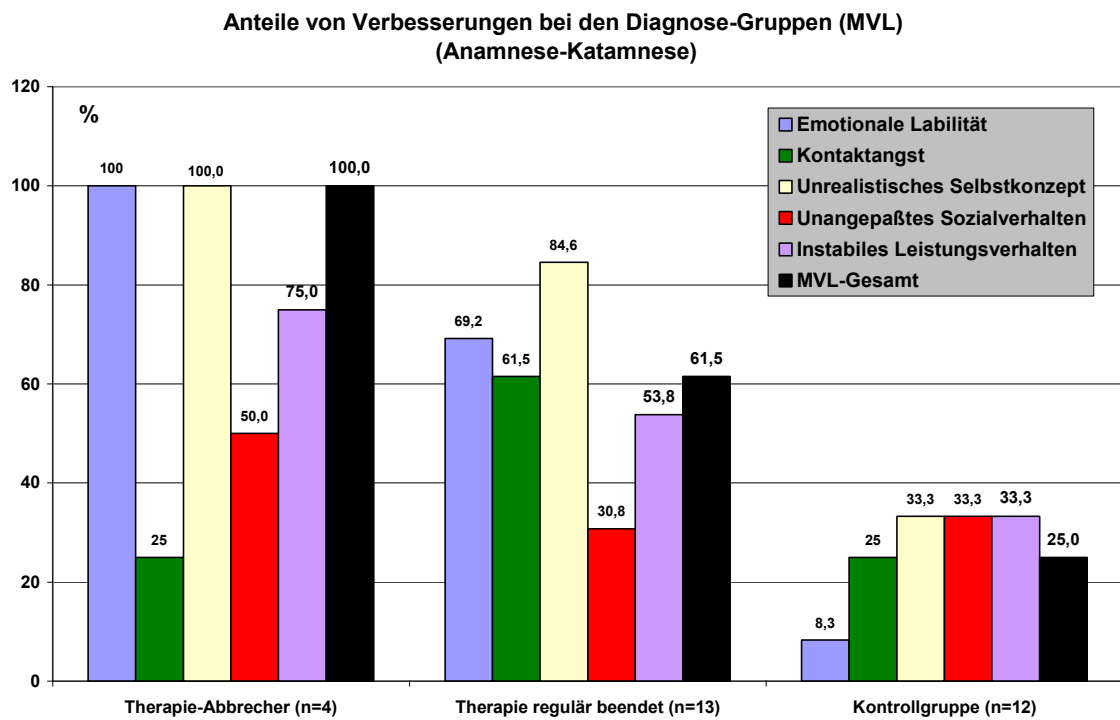


Abbildung 9-1

9.3.2 Befunde nonparametrischer Tests für verbundene Paare

Tabelle 9-6: Nonparametrische Tests für verbundene Paare

Nonparametrische Tests für verbundene Paare	Art Signifikanz Befund	Therapie-Abbrecher (n=4)**	Therapie regulär beendet (n=13)#	Kontroll-Gruppe (n=12)
Wilcoxon Matched-Pairs Signed-Ranks Test	2-Tailed P	,0656*	,0108	,1936
Vorzeichen (Sign) Test	(Binomial) Exact 2-Tailed P	,1250	,0078	,6250
Marginal Homogeneity	Asymptotic Significance 2-Tailed P	,0606*	,0079	,1797
McNemar Test (Vier-Felder Anordnung durch Gruppierung)	(Binomial) Exact 2-Tailed P	,2500	,0313	,5000

Alle Befunde signifikant!

* Bei zweiseitigen Tests und Befunden mit Wahrscheinlichkeiten kleiner als 10% ($P < 0,10$) können die dem Test zugrundeliegenden Nullhypothesen zurückgewiesen werden (entspricht der Bedingung $P < 0,05$ bei einseitigen Tests).

** Interpretation aufgrund geringer Fallzahl problematisch

9.3.3 Drittvariablenkontrollen

Tabelle 9-7: MVL Befunde bei Drittvariablenkontrollen des Zusammenhangs von Randbedingungen und Verbesserung der Selbstwertgefühlsgruppen:

Veränderungen nach Randbedingung	Gesamt (n=29)	Therapie-Abbrecher (n=4)	Therapie regulär beendet (n=13)	Kontroll-Gruppe (n=12)
Kurzzeit- vs Langzeittherapie	13 von 15 Verbesserungen (87%) werden bei Langzeittherapien beobachtet	4 von 4 Verbesserungen bei Langzeittherapien	7 von 8 Verbesserungen bei Langzeittherapien	keine Therapie! Dennoch 3 Verbesserungen
Schicht	Verbesserungen sind relativ gleichmäßig auf die sozialen Schichten verteilt	<i>Interpretation aufgrund geringer Fallzahl nicht möglich</i>	<i>Interpretation aufgrund geringer Fallzahl nicht möglich</i>	<i>Interpretation aufgrund geringer Fallzahl nicht möglich</i>
Familiensituation	8 von 15 Verbesserungen (53%) werden bei Kindern, die in der Ursprungsfamilie leben, beobachtet	<i>Interpretation aufgrund geringer Fallzahl nicht möglich</i>	8 Verbesserungen werden zu Hälfte bei Kindern, die in der Ursprungsfamilie leben und bei alleinerziehenden Eltern beobachtet	<i>Interpretation aufgrund geringer Fallzahl nicht möglich</i>
Anamnese-Alter	Keine bemerkenswerten Ergebnisse!			
Katamnese-Alter	Keine bemerkenswerten Ergebnisse!			

Keine Angaben zu Signifikanzen, da in den zugrundeliegenden Kreuztabellen die Voraussetzung von max. 20% Feldern mit erwarteten Häufigkeiten kleiner als 5 regelmäßig verletzt wird; daher nur deskriptive Interpretation möglich.

Die Familiensituation „Ursprungsfamilie“ scheint ein unterstützender Faktor für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen zu sein.

In der Literatur findet sich ein entsprechendes Ergebnis:

„Erstaunlich eindeutig konnte ein wichtiges Stück psychoanalytischer Theorie bestätigt werden. Nämlich, dass eine „Trennungsbelastung“ in der frühen Kindheit eine schwere Störung bewirkt – und den Therapieerfolg geringer ausfallen lässt. Diejenigen Patienten nämlich, die vor dem sechsten Lebensjahr eines oder beide Elternteile verloren hatten (durch Tod, Scheidung, Heimaufenthalt oder aus anderen Gründen) schnitten in der Hälfte aller gemessenen Veränderungsmerkmale so deutlich schlechter ab, dass die Ergebnisse statistisch bedeutsam und damit verallgemeinerbar waren.“ (Huber M., 1987, S. 41). (Anmerkung: Die Ergebnisse beziehen sich auf eine Untersuchung an der Ambulanz der Psychosomatischen Universitätsklinik in Heidelberg)

Eine Langzeittherapie scheint ebenfalls einen positiven Effekt auf die Verbesserung im Verlaufe der Therapie zu haben.

10. Auswertung des Giessener Beschwerdeboogens

10.1 Testbeschreibung

Kennzeichnend für den GBB-KJ, der aus dem GBB für Erwachsene entwickelt wurde, ist die Grundannahme, dass die Angabe von Körperlichen Beschwerden „mit dem Vorliegen einer objektivierbaren Körperstörung im Mittel nicht hoch korreliert. Dies macht es unerlässlich, zwischen der objektiven und der subjektiven Ebene einer Erkrankung zu unterscheiden: die Ebene der Beschwerden, die nur subjektiv durch den Patienten erfassbar ist, und die Ebene der Symptome, die nur medizinisch „objektivierbar“ ist“ (Brähler W., Handanweisung, 1992, S. 1).

Laut Brähler ermöglicht der Fragebogen es dem Psychologen, Arzt und Familientherapeuten, ein umfassendes Bild über die Körperbeschwerden des Kindes bzw. Jugendlichen und somit Hinweise auf den Leidensdruck zu gewinnen.

Auch Prehler-Röther weist darauf hin, dass gerade bei Kindern der Körper als Mitteilungsorgan für seelische Befindlichkeit diene und dass subjektives Befinden und objektiver Befund oft weit auseinander klaffen. Beschwerden seien aber immer generell Ausdruck von Beanspruchungen und Belastungen, sei es nun körperlicher oder sozialer Art.

Prehler-Röther, die an der Standardisierung des GBB-KJ beteiligt war, führt an, dass Kinder und Jugendliche „mit negativem Selbstkonzept (Selbstwerteinschätzung, Depressivität, Problembewältigung, Angst, Entfremdung)“ mehr Körperbeschwerden angeben. (Prehler-Röther 1991, S. 24).

Mädchen zwischen 14 und 16 Jahren äußern die meisten Beschwerden, zudem stehen bei Mädchen und Jungen unterschiedliche Beschwerden im Vordergrund.

„Die größte Diskrepanz der Beschwerdehäufigkeit zwischen Jungen und Mädchen findet sich im Alter von 11 bis 12 Jahren, also in der Zeit der einsetzenden Pubertät. Bei älteren Kindern findet wieder eine gewisse Annäherung der Beschwerdehäufigkeit statt.“ (dies., S. 25). Insgesamt sei festzustellen, dass Kinder im Alter von 8-15 Jahren so viele Körperbeschwerden haben wie keine Altersgruppe von Erwachsenen.

Prehler-Röther und Brähler betonen, dass die von ihnen gefundenen Ergebnisse „der verbreiteten Vorstellung, Kinder seien, was ihr körperliches Wohlbefinden angeht, weitgehend unbeschwert“, widersprechen. (dies., S. 76).

Der konzipierte Testbogen ist laut den Autoren dazu geeignet, einen Behandlungserfolg kontrollieren zu können. Ebenso sei der Fragebogen geeignet, Gruppenvergleiche durchzuführen.

10.2 Statistische Auswertung - Ergebnisse des Fragebogens für Kinder und Jugendliche - Selbstbild

Als Vergleichszeitpunkte wurden der erste (Anamnese) und der letzte Test (Katamnese) betrachtet.

In einem ersten Schritt wurden mittels einer Reihe von t-Tests die Mittelwerte von Rohwerten der Kinder und unter Berücksichtigung von Alter und Geschlecht der Kinder beim jeweiligen Testzeitpunkt auch die Mittelwerte der Prozentrangwerte der Kinder zum Zeitpunkt der Anamnese (erster Test) mit denen zum Zeitpunkt der Katamnese (letzter Test innerhalb der Therapie) verglichen.

Hierbei wurde nach Kontrollgruppe (Patienten ohne Therapie) und der Untersuchungsgruppe der Patienten, die die Therapie regulär beendet haben, sowie der Untersuchungsgruppe der Patienten, die die Therapie abgebrochen haben, unterschieden.

Weder bei den Rohwerten, noch bei den Prozentrangwerten finden sich in einer der drei Gruppen signifikante Veränderungen. Einzig und allein der Prozentrangwert der Abbrecher für den Bereich „Erkältungssymptomatik“ ändert sich mit einer Signifikanz von 0,017.

In einem zweiten Schritt wurden für die Gesamtskala (Beschwerdedruck insgesamt) die Mittelwerte der Rohwerte der Kinder sowie die Prozentrangwerte der Kinder so gruppiert, dass die Anteile Verschlechterungen, der unveränderten und verbesserten Patienten in den jeweiligen Gruppen erkennbar wurden.

Hierbei ergeben sich in erster Linie Verbesserungen in allen Gruppen, die unterschiedliche Ausprägung ist der Abbildung 10-2 zu entnehmen und wird im Kapitel 10.4 (Selbstbild versus Fremdbild) ausführlicher diskutiert.

Abschließend wurde, anhand der zum GBB beschriebenen Zuordnungsvorschrift (vgl. Brähler, Handanweisung, S.11) eine Einstufung der Befunde in Diagnosegruppen vorgenommen und wiederum eine Gruppierung im Hinblick auf eine schlechtere, unveränderte bzw. verbesserte Einstufung bei der Katamnese, bzw. zum Zeitpunkt des letzten Tests vorgenommen (vgl. S.6-7). Auch hier werden (um die Vergleichbarkeit der diagnostischen Beurteilung von Skalenrohwerten sicherzustellen) Alters- und Geschlechtsunterschiede berücksichtigt. Wie aus der Abb. S.8 ersichtlich sind in der Gruppe der Abbrecher bzw. der Kontrollgruppe die anteilmäßig häufigeren Verbesserungen anzutreffen.

Das Balkendiagramm (siehe Abbildung 10-2) beinhaltet die Anteile von Verbesserungen der Diagnosegruppenzugehörigkeit (Q1-Q4) für die Vergleichsgruppen zum Zeitpunkt der Katamnese im Unterschied zur Anamnese.

Die Zuordnung der Probanden, bzw. die für die Betrachtung von Verbesserungen zugrundeliegende Diagnosegruppenzugehörigkeit (Q1-Q4) wurde manuell in den GBB-Analyse-Datensatz eingefügt. Hierzu wurden die aus den Einzelitems gewonnenen Summen der jeweiligen Subskalen, bzw. die Summe aller Items (Gesamtskala Beschwerdedruck) zugrundegelegt.

10.2.1 Mittelwertvergleiche (erster vs letzter Test – t-tests)

Tabelle 10-1: GBB Kinder - Skalen- Rohwerte*

KINDER - Skalen- Rohwerte*	Kontrollgruppe (n = 15)		
	Anamnese	Katamnese	p
Erschöpfung	8,7	6,7	0,264
Magensymptomatik	7,9	7,1	0,536
Gliederschmerz	6,5	6,0	0,754
Kreislaufsymptomatik	4,1	3,8	0,827
Erkältungssymptomatik	10,8	9,1	0,366
Gesamt-Beschwerdedruck	38,1	32,7	0,451

* ohne Berücksichtigung von Alter und Geschlecht

KINDER - Skalen- Rohwerte*	Untersuchungsgruppe (n = 18)		
	Anamnese	Katamnese	p
Erschöpfung	7,6	7,1	0,769
Magensymptomatik	7,9	6,6	0,343
Gliederschmerz	5,3	5,4	0,974
Kreislaufsymptomatik	4,4	4,4	1,000
Erkältungssymptomatik	9,8	9,0	0,592
Gesamt-Beschwerdedruck	35,1	32,4	0,671

* ohne Berücksichtigung von Alter und Geschlecht

KINDER - Skalen- Rohwerte*	Therapie-Abbrecher (n = 8)		
	Anamnese	Katamnese	P
Erschöpfung	10,3	10,0	0,934
Magensymptomatik	6,5	4,8	0,410
Gliederschmerz	4,3	4,3	1,000
Kreislaufsymptomatik	5,9	5,5	0,869
Erkältungssymptomatik	11,9	8,3	0,137
Gesamt-Beschwerdedruck	38,8	32,8	0,521

* ohne Berücksichtigung von Alter und Geschlecht

Tabelle 10-2: GBB Kinder – Skalen – Prozent - Rangwerte

KINDER - Prozent – Rangwerte	Kontrollgruppe (n = 15)		
	Anamnese	Katamnese	p
Erschöpfung	74,3	52,4	0,081
Magensymptomatik	73,3	65,3	0,467
Gliederschmerz	70,5	58,4	0,301
Kreislaufsymptomatik	70,7	60,0	0,298
Erkältungsymptomatik	69,7	52,6	0,177
Gesamt-Beschwerdedruck	72,4	53,3	0,158

KINDER - Prozent – Rangwerte	Untersuchungsgruppe (n = 18)		
	Anamnese	Katamnese	P
Erschöpfung	61,9	52,1	0,346
Magensymptomatik	70,8	56,0	0,150
Gliederschmerz	62,7	51,1	0,303
Kreislaufsymptomatik	63,8	61,7	0,828
Erkältungsymptomatik	59,3	55,3	0,712
Gesamt-Beschwerdedruck	63,6	53,8	0,411

KINDER - Prozent – Rangwerte	Therapie-Abbrecher (n = 8)		
	Anamnese	Katamnese	p
Erschöpfung	77,0	65,5	0,342
Magensymptomatik	55,0	46,4	0,599
Gliederschmerz	50,1	53,8	0,802
Kreislaufsymptomatik	72,9	73,3	0,976
Erkältungsymptomatik	80,1	47,5	0,017
Gesamt-Beschwerdedruck	65,5	52,1	0,359

Tabelle 10-3: GBB Vorher-Nachher Vergleiche der Gesamt-Mittelwerte gruppiert Kinder

%Anteile Veränderung Diagnosegruppe Erschöpfung	Therapie- Abbrecher (n = 8)	Therapie regulär beendet (n = 18)	Kontroll- gruppe (n = 15)
schlechter	12,5	22,2	
gleich	37,5	50,0	60,0
besser	50,0	27,8	40,0

%Anteile Veränderung Diagnosegruppe Magensymptomatik	Therapie- Abbrecher (n = 8)	Therapie regulär beendet (n = 18)	Kontroll- gruppe (n = 15)
schlechter	37,5	22,2	6,7
gleich	25,0	44,4	60,0
besser	37,5	33,3	33,3

%Anteile Veränderung Diagnosegruppe Gliederschmerz	Therapie- Abbrecher (n = 8)	Therapie regulär beendet (n = 18)	Kontroll- gruppe (n = 15)
schlechter	50,0	16,7	
gleich	12,5	55,6	60,0
besser	37,5	27,8	40,0

%Anteile Veränderung Diagnosegruppe Kreislaufsymptomatik	Therapie- Abbrecher (n = 8)	Therapie regulär beendet (n = 18)	Kontroll- gruppe (n = 15)
schlechter	37,5	33,3	6,7
gleich	37,5	38,9	46,7
besser	25,0	27,8	46,7

%Anteile Veränderung Diagnosegruppe Erkältungssymptomatik	Therapie- Abbrecher (n = 8)	Therapie regulär beendet (n = 18)	Kontroll- gruppe (n = 15)
schlechter	12,5	22,2	6,7
gleich	25,0	50,0	46,7
besser	62,5	27,8	46,7

Tabelle 10-4: GBB
Vorher-Nachher
Vergleiche der
Gesamt-Mittelwerte
gruppiert in der
Gesamtskala Kinder

%Anteile Veränderung Diagnosegruppe Beschwerdedruck	Therapie- Abbrecher (n = 8)	Therapie regulär beendet (n = 18)	Kontroll- gruppe (n = 15)
Schlechter	12,5	27,8	
Gleich	50,0	38,9	53,3
Besser	37,5	33,3	46,7

Tabelle 10-5: GBB Verbesserungen der Gesamt-Mittelwerte gruppiert in den Skalen Kinder

%Anteile Verbesserungen Diagnosegruppe	Therapie- Abbrecher (n=8)	Therapie regulär beendet (n=18)	Kontrollgruppe (n=15)
Erschöpfung	50,0	27,8	40,0
Magensymptomatik	37,5	33,3	33,3
Gliederschmerz	37,5	27,8	40,0
Kreislaufsymptomatik	25,0	27,8	46,7
Erkältungsymptomatik	62,5	27,8	46,7
Beschwerdedruck	37,5	33,3	46,7

10.3 Statistische Auswertung - Ergebnisse des Fragebogens für die Eltern – Fremdbild

10.3.1 Mittelwertvergleiche (erster versus letzter Test – t-tests)

Die Auswertung wurde parallel zu der des Selbstbildes vorgenommen. Die Mittelwertvergleiche der Skalenrohwerte der Elternurteile für die Untersuchungsgruppe bei der Subskala Magensymptomatik und der Gesamtskala Beschwerdedruck ergeben signifikante Verbesserungen.

Die Untersuchungsgruppe erreicht das niedrigste Beschwerdeniveau und zeigt im Gesamtbeschwerdemaß eine signifikante Veränderung. Die Gruppe der Abbrecher weist in den Skalen Magen- und Erkältungssymptomatik signifikante Verbesserungen auf, die Kontrollgruppe zeigt keine signifikanten Werte.

Tabelle 10-6: GBB Eltern Skalen-Rohwerte*

ELTERN - Skalen-Rohwerte*	Kontrollgruppe (n = 15)		
	Anamnese	Katamnese	P
Erschöpfung	8,8	6,8	0,364
Magensymptomatik	7,3	5,8	0,335
Gliederschmerz	5,1	4,6	0,757
Kreislaufsymptomatik	3,1	3,2	0,904
Erkältungssymptomatik	8,4	8,3	0,961
Gesamt-Beschwerdedruck	32,7	28,7	0,524

* ohne Berücksichtigung von Alter und Geschlecht

ELTERN - Skalen-Rohwerte*	Untersuchungsgruppe (n = 18)		
	Anamnese	Katamnese	p
Erschöpfung	5,9	4,4	0,192
Magensymptomatik	6,8	4,6	0,059
Gliederschmerz	4,8	2,7	0,136
Kreislaufsymptomatik	2,3	1,7	0,411
Erkältungssymptomatik	8,4	6,7	0,207
Gesamt-Beschwerdedruck	28,2	20,1	0,08

* ohne Berücksichtigung von Alter und Geschlecht

ELTERN - Skalen-Rohwerte*	Therapie-Abbrecher (n = 8)		
	Anamnese	Katamnese	p
Erschöpfung	10,0	7,6	0,439
Magensymptomatik	8,5	5,3	0,054
Gliederschmerz	2,1	3,5	0,416
Kreislaufsymptomatik	2,3	3,1	0,52
Erkältungssymptomatik	11,9	8,5	0,084
Gesamt-Beschwerdedruck	34,8	28,0	0,320

* ohne Berücksichtigung von Alter und Geschlecht

Tabelle 10-7: GBB Vorher-Nachher Vergleiche der Diagnosegruppen (Eltern) in den Subskalen

Subskala: Erschöpfung

%Anteile Veränderung Diagnosegruppe Erschöpfung	Therapie- Abbrecher (n = 8)	Therapie regulär beendet (n = 18)	Kontroll- gruppe (n = 15)
Schlechter	12,5	11,1	6,7
Gleich	25,0	44,4	53,3
Besser	62,5	44,4	40,0

Subskala: Magensymptomatik

%Anteile Veränderung Diagnosegruppe Magensymptomatik	Therapie- Abbrecher (n = 8)	Therapie regulär beendet (n = 18)	Kontroll- gruppe (n = 15)
Schlechter	12,5	11,1	6,7
Gleich	25,0	27,8	46,7
Besser	62,5	61,1	46,7

Subskala: Gliederschmerz

%Anteile Veränderung Diagnosegruppe Gliederschmerz	Therapie- Abbrecher (n = 8)	Therapie regulär beendet (n = 18)	Kontroll- gruppe (n = 15)
Schlechter	37,5	25,0	37,5
Gleich	62,5	52,9	33,3
Besser		35,3	46,7

Subskala: Kreislaufsymptomatik

%Anteile Veränderung Diagnosegruppe Kreislaufsymptomatik	Therapie- Abbrecher (n = 8)	Therapie regulär beendet (n = 18)	Kontroll- gruppe (n = 15)
Schlechter	25,0	5,6	6,7
Gleich	37,5	55,6	60,0
Besser	37,5	38,9	33,3

Subskala: Erkältungssymptomatik

%Anteile Veränderung Diagnosegruppe Erkältungssymptomatik	Therapie- Abbrecher (n = 8)	Therapie regulär beendet (n = 18)	Kontroll- gruppe (n = 15)
Schlechter	12,5	16,7	20,0
Gleich	25,0	44,4	66,7
Besser	62,5	38,9	13,3

Tab. 10-8 Gesamtskala**Subskala: Beschwerdedruck**

%Anteile Veränderung Diagnosegruppe Beschwerdedruck	Therapie- Abbrecher (n = 8)	Therapie regulär beendet (n = 18)	Kontroll- gruppe (n = 15)
Schlechter	12,5	5,9	
Gleich	25,0	47,1	53,3
Besser	62,5	47,1	46,7

10.4 Selbstbild versus Fremdbild – Zur Diskussion des Elternurteils im Vergleich zur Selbstauskunft des Patienten

Eine Gegenüberstellung von Eltern und Kinder-Einschätzungen lässt sich zum Einen anhand der vorliegenden Ergebnisse im Hinblick auf die (t-Test)-Mittelwertvergleiche der Skalenrohwerte für Eltern und Kinder (vgl. 10-1) vornehmen.

„Das Urteil der Eltern spielt sowohl in bezug auf die Abklärung der Therapiebedürftigkeit als auch in bezug auf die durch Therapie erreichbaren Effekte eine ausschlaggebende Rolle: Ein als verhaltensgestört und damit ggf. als therapiebedürftig definiertes Kind ist im allgemeinen nur im Urteil seiner Umwelt, nicht in seinem Selbsturteil fehlangepasst.“ Man muss daher mit erheblichen Wechselwirkungen zwischen der Einstellung der Umwelt, insbesondere der Einstellung seiner Eltern, und dem Verhalten des Kindes rechnen. Es ist denkbar, dass ein Kind, dessen durch eine Therapie verändertes Verhalten von seiner Umgebung nicht zur Kenntnis genommen wird, wieder in frühere oder andere Formen der Fehlanpassung zurückfällt. Unter diesem Gesichtspunkt scheint das Elternurteil nicht nur eine unter möglichen Kontrollvariablen der Kindertherapie zu sein, sondern die Variable der Wahl.“
(Ehlers u.a. 1976, S. 210)

Entsprechend wird im Testhandbuch zur MVL ausgeführt, dass eine therapiebedingte Urteilsänderung der Eltern für das Kind wichtig sei, und zwar „unter dem Aspekt, dass viele Verhaltenseigenarten durch Einflüsse der sozialen Umgebung zumindest mitbedingt sind ...“ (Ehlers u.a. 1978, S. 6).

Legt man zur Einschätzung der Urteilsänderung der Eltern die Prozentrangwerte zugrunde, so scheinen die Kinder der Kontrollgruppe eine besonders deutliche Verbesserung der Symptome aufzuweisen. Betrachtet man die Ergebnisse der Fremdeinschätzung, also das Elternurteil, so zeigt sich zumindest eine geringfügig höhere Symptomverbesserung bei den behandelten Kindern. Auch die Signifikanzangaben zeigen beim Elternurteil, dass bei den behandelten Kindern eine höhere Verbesserung der Körpersymptomatik zu messen ist. In der Skala Gesamt-Beschwerdedruck finden sich in keiner der drei Gruppen signifikante Werte.

Mittelwert t1 – Mittelwert tEnde = Differenz :

32,7 – 28,7 = 4,00	Eltern Kontrollgruppe
28,2 – 20,1 = 8,01	Eltern Untersuchungsgruppe
34,8 – 28,0 = 6,80	Eltern Untersuchungsgruppe/Abbrecher

38,1 – 32,7 = 5,40	Kinder Kontrollgruppe (Rohwerte)
35,1 – 32,7 = 2,70	Kinder Untersuchungsgruppe
38,8 – 32,8 = 6,00	Kinder Untersuchungsgruppe/Abbrecher

72,4 – 53,3 = 19,10	Kinder Kontrollgruppe (Prozentrangwerte)
63,6 – 53,8 = 7,80	Kinder Untersuchungsgruppe
65,5 – 52,1 = 13,40	Kinder Untersuchungsgruppe Abbrecher

Die Eingangswerte, die die Eltern aller drei Gruppen angeben, liegen näher beieinander als die Eingangs-Prozentrangwerte der Kinder aller drei Gruppen.

Die Kinder der Kontrollgruppe weisen einen hohen Eingangswert auf, der sich als Ausgangswert dann sehr dicht an den Werten der behandelten Kinder ansiedelt.

In der Literatur findet sich der Begriff der „statistischen Regression“:

„Bei der statistischen Regression handelt es sich darum, dass extreme Messwerte bei einer wiederholten Messung eher die Tendenz haben, sich von selbst dem Populationsmittelwert anzunähern, als noch extremer zu werden. Das Wesentliche dabei ist, dass dieser Effekt unabhängig von der Behandlung erfolgt.“ (Mehl u.a. in Helm 1976, S.189)

Die folgenden Tabellen verdeutlichen den Unterschied in der Beurteilung der Körperbeschwerden durch Eltern und Kinder. Insgesamt geben die Kinder in allen drei Gruppen zu Beginn der Untersuchung einen höheren Beschwerdedruck an, oder anders ausgedrückt: Die Eltern halten ihre Kinder für gesünder als diese sich selbst (siehe auch Abbildung 10-1). Diese Diskrepanz wird zum Zeitpunkt der Katamnese noch größer, da die Eltern die Verbesserung im Laufe der Therapie positiver einschätzen als die Kinder (siehe auch Abbildung 10-2). Somit muss die zuvor aufgestellte These verworfen werden, dass sich Eltern-Urteil und Kinder-Urteil parallel zueinander entwickeln – beispielsweise: wenn sich das Eltern-Urteil verbessert, verbessert sich auch das Kinder-Urteil.

Tabelle 10-9: GBB Mittelwertvergleich Eltern – Kinder bei Anamnese

Mittelwerte Skalenrohwerte - Anamnese

Mittelwerte Skalenrohwerte – Anamnese	Therapie- Abbrecher (n=8)	Therapie regulär beendet (n=18)	Kontrollg ruppe (n=15)
Erschöpfung	10,3	7,6	8,7
Magensymptomatik	6,5	7,9	7,9
Gliederschmerz	4,3	5,3	6,5
Kreislaufsymptomatik	5,9	4,4	4,1
Erkältungsymptomatik	11,9	9,8	10,8
Beschwerdedruck	38,8	35,1	38,1

Kinder

Mittelwerte Skalenrohwerte – Anamnese	Therapie- Abbrecher (n=8)	Therapie regulär beendet (n=18)	Kontrollg ruppe (n=15)
Erschöpfung	10,0	5,9	8,8
Magensymptomatik	8,5	6,8	7,3
Gliederschmerz	2,1	4,8	5,1
Kreislaufsymptomatik	2,3	2,3	3,1
Erkältungsymptomatik	11,9	8,4	8,4
Beschwerdedruck	34,8	28,2	32,7

Eltern

Tabelle 10-10:

**Vergleich Verbesserungen Angaben
Diagnosegruppen (Kinder + Eltern)**

%Anteile Verbesserungen Diagnosegruppe	Therapie- Abbrecher (n=8)	Therapie regulär beendet (n=18)	Kontrollgru- ppe (n=15)
Erschöpfung	50,0	27,8	40,0
Magensymptomatik	37,5	33,3	33,3
Gliederschmerz	37,5	27,8	40,0
Kreislaufsymptomatik	25,0	27,8	46,7
Erkältungssymptomatik	62,5	27,8	46,7
Beschwerdedruck	37,5	33,3	46,7

Kinder

%Anteile Verbesserungen Diagnosegruppe	Therapie- Abbrecher (n=8)	Therapie regulär beendet (n=18)	Kontrollgru- ppe (n=15)
Erschöpfung	62,5	44,4	40,0
Magensymptomatik	62,5	61,1	46,7
Gliederschmerz	0,0	35,3	46,7
Kreislaufsymptomatik	37,5	38,9	33,3
Erkältungssymptomatik	62,5	38,9	13,3
Beschwerdedruck	62,5	47,1	46,7

Eltern

Abbildung 10-1:

Abbildungen zu Mittelwerten der GBB-Skalenrohwerte bei Anamnese für Kinder und Eltern

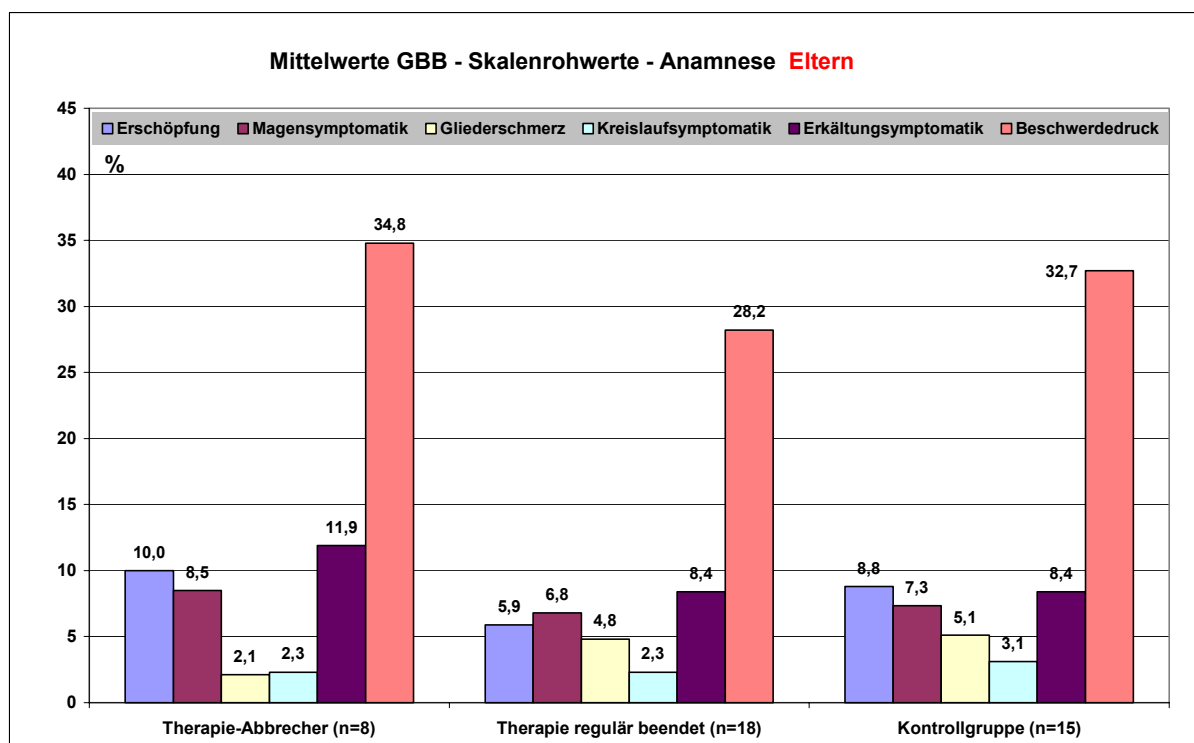
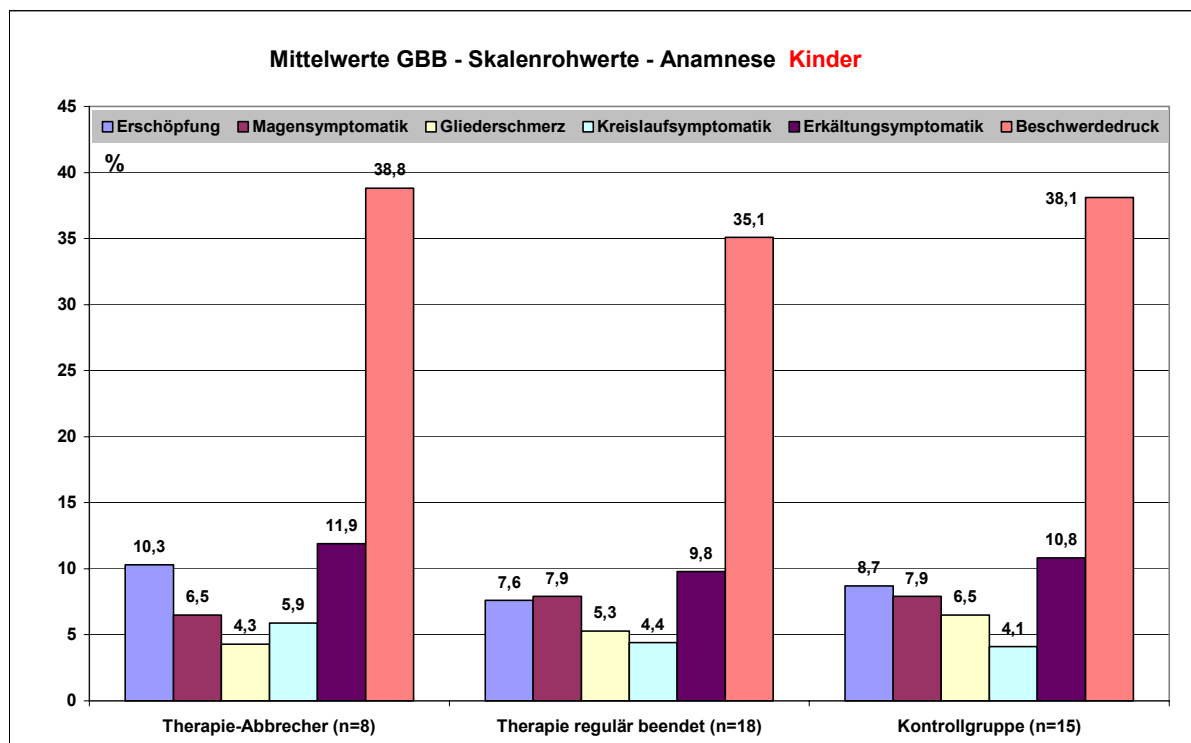
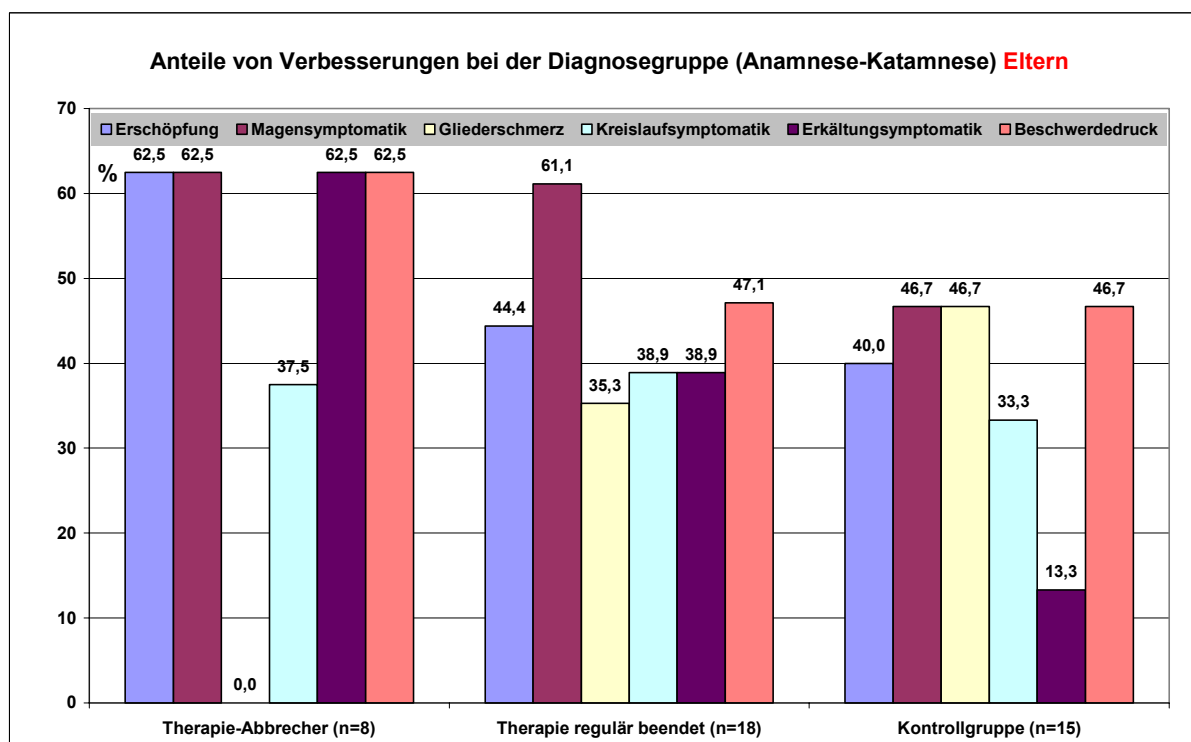
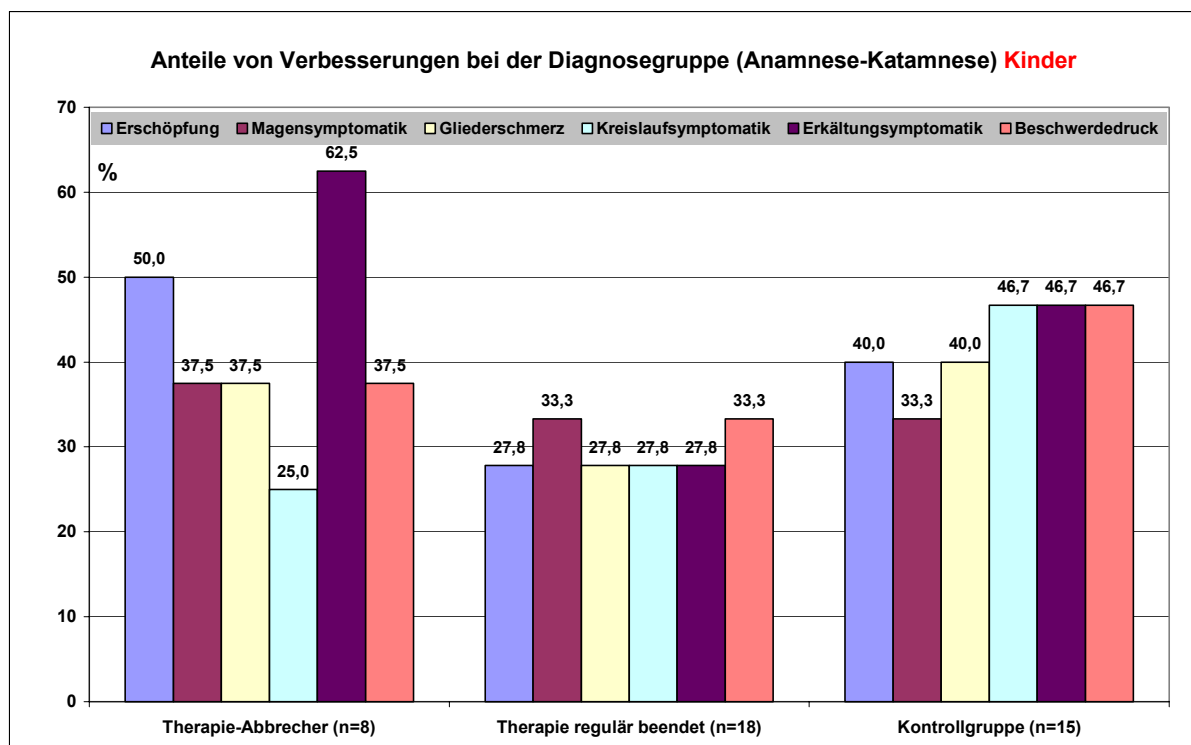


Abbildung 10-2: Anteile von Verbesserungen Kinder und Eltern GBB

Die folgende Abbildung soll diese Unterschiedlichkeit in der Beurteilung durch die Kinder selbst und im Vergleich dazu durch die Eltern auf einen Blick veranschaulichen. Im positiven Bereich stehen die Balken für die Anteile, um die die (aus Anamnese und Katamnese- Angaben berechneten) Verbesserungsanteile im Eltern-Urteil höher ausfallen, als die im Kinderurteil. Im negativen Bereich stehen die Balken für die Unterschiede, bei denen die Verbesserungsanteile im Kinderurteil höher ausfallen als im Eltern-Urteil.

Um die Anteile von Verbesserungen innerhalb des Elternurteils berechnen zu können, war es notwendig, aus den Eltern-Rohwerten die entsprechende Zuordnung zu den Q-Gruppen (wie zuvor auch bei der Transformation der Rohwerte der Kinder) durchzuführen. Diese Zuordnung ist ebenfalls notwendig, um die nonparametrischen Tests und die Tabellen mit Anteilen von verschlechterten, gleichgebliebenen und verbesserten Patienten aus der Sicht der Eltern zu berechnen. Die Gruppierung der Eltern-Skalenrohwerte in Q-Gruppen wurde anhand der bekannten Zuordnungsvorschrift Brähler Handanweisung BGG, S. 11, vorgenommen. Für das Elternurteil gibt es keine eigene Anweisung.

Tabelle 10-11: Differenz im Urteil Kinder – Eltern – Verbesserungen GBB

%Anteile Veränderung Diagnosegruppe	Kinder			Eltern			Differenz		
	Therapie- Abbrecher (n=8)	Therapie regulär beendet (n=18)	Kontroll gruppe (n=15)	Therapie- Abbrecher (n=8)	Therapie regulär beendet (n=18)	Kontroll gruppe (n=15)	Therapie- Abbrecher (n=8)	Therapie regulär beendet (n=18)	Kontroll gruppe (n=15)
Erschöpfung	50,0	27,8	40,0	62,5	44,4	40,0	12,5	16,6	0,0
Magen- Symptomatik	37,5	33,3	33,3	62,5	61,1	46,7	25,0	27,8	13,4
Gliederschmerz	37,5	27,8	40,0	0,0	35,3	46,7	-37,5	7,5	6,7
Kreislauf- symptomatik	25,0	27,8	46,7	37,5	38,9	33,3	12,5	11,1	-13,4
Erkältung- Symptomatik	62,5	27,8	46,7	62,5	38,9	13,3	0,0	11,1	-33,4
Beschwerde- druck	37,5	33,3	46,7	62,5	47,1	46,7	25,0	13,8	0,0

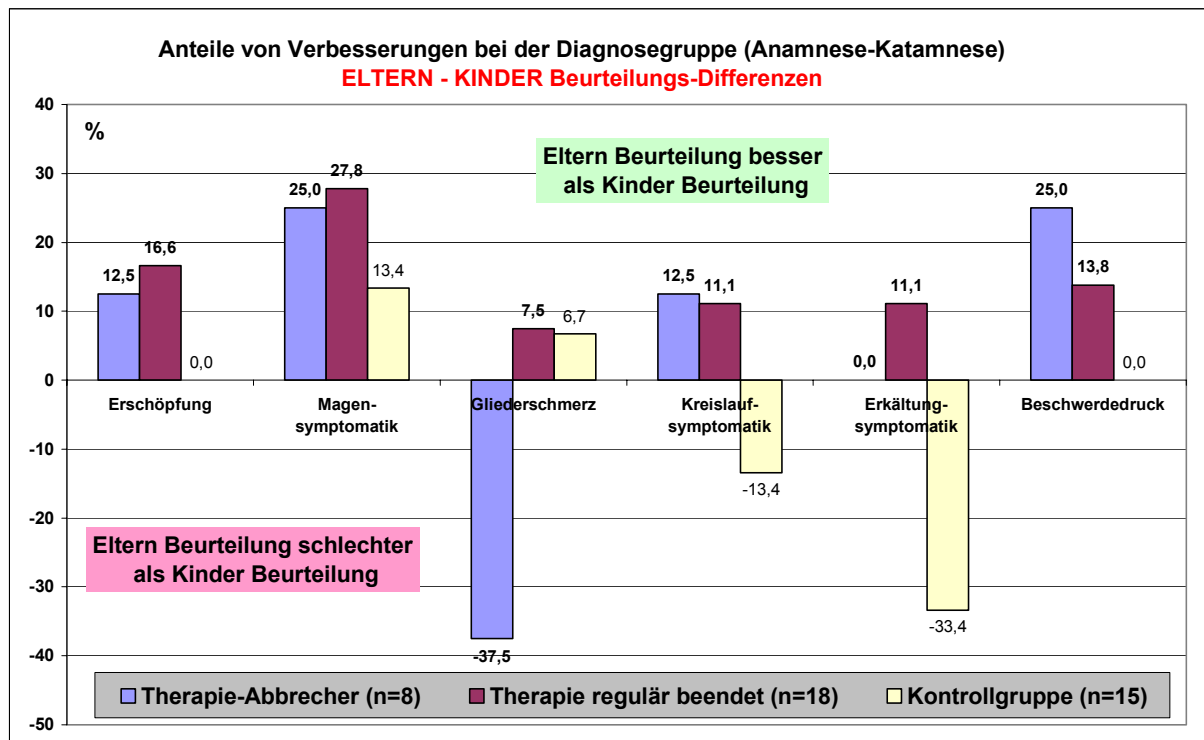


Abbildung 10-3: Eltern-Kinder Beurteilungs-Differenzen

Um interpretierbare signifikanz-statistische Befunde zu den Veränderungen (Anamnese – Katamnese) zu erhalten, wurden auch für den GBB eine Reihe nonparametrischer Tests für verbundene Paare durchgeführt.

10.4.1 Nonparametrische Tests für verbundene Messwert-Paare der Kinder

Tabelle 10-12: Nonparametrische Tests für verbundene Messwert-Paare Kinder

Nonparametrische Tests für verbundene Paare	Art Signifikanz Befund	Therapie-Abbrecher (n=8)	Therapie regulär beendet (n=18)	Kontrollgruppe (n = 15)
Wilcoxon Matched-Pairs Signed-Ranks Test	2-Tailed P	,4497	,3396	,0164
Vorzeichen (Sign) Test	(Binomial) Exact 2-Tailed P	,6250	1,0!	,0156
Marginal Homogeneity	Asymptotic Significance 2-Tailed P	,4054	,4111	,0143
McNemar Test (Vier-Felder Anordnung durch Gruppierung)	(Binomial) Exact 2-Tailed P	1,0!	,7266	,1250

* Bei zweiseitigen Tests und Befunden mit Wahrscheinlichkeiten kleiner als 10% ($P < 0,10$) können die dem Test zugrundeliegenden Nullhypothesen zurückgewiesen werden (entspricht der Bedingung $P < 0,05$ bei einseitigen Tests).

1,0! = 100% zufällige Veränderung

10.4.2 Befunde nonparametrischer Tests für verbundene Messwert-Paare der Eltern

Tabelle 10-13: Nonparametrische Tests für verbundene Messwert-Paare Eltern

Nonparametrische Tests für verbundene Paare	Art Signifikanz Befund	Therapie-Abbrecher (n=8)	Therapie regulär beendet (n=18)	Kontrollgruppe (n = 15)
Wilcoxon Matched-Pairs Signed-Ranks Test	2-Tailed P	,0684*	,0138	,0152
Vorzeichen (Sign) Test	(Binomial) Exact 2-Tailed P	,2188	,0391*	,0156
Marginal Homogeneity	Asymptotic Significance 2-Tailed P	,0707*	,0137	,0124
McNemar Test (Vier-Felder Anordnung durch Gruppierung)	(Binomial) Exact 2-Tailed P	,3750	,0156	,1250

* Bei zweiseitigen Tests und Befunden mit Wahrscheinlichkeiten kleiner als 10% ($P < 0,10$) können die dem Test zugrundeliegenden Nullhypothesen zurückgewiesen werden (entspricht der Bedingung $P < 0,05$ bei einseitigen Tests).

Während bei den Kinder lediglich in der Kontrollgruppe in drei der vier durchgeführten Tests signifikante Ergebnisse festgestellt werden können und bei den Abbrechern und in der Gruppe deren, die die Therapie regulär beendet haben, Veränderungen sogar als 100% zufällig ausgewiesen werden, lassen sich bei den Eltern in allen Gruppen signifikante Veränderungen beobachten.

Dies kann als Hinweis auf die auch von Herrn Brähler thematisierte "Erwartungshaltung" der Eltern gewertet werden.

11. Auswertung des Tests zum Allgemeinen Selbstwertgefühl (ALS)

11.1 Testbeschreibung

Schauder, der Autor dieses Messinstrumentes, nennt den Fragebogen „Aussagenliste zum Selbstwertgefühl für Kinder und Jugendliche“. Unter Selbstwertgefühl versteht er „die Summe der verschiedenen situations- und personenabhängigen – positiven oder negativen – Selbsteinschätzungen bezüglich unterschiedlicher eigener Fähigkeiten und Eigenschaften.“ (Schauder 1996, S. 9)

Und weiter: „Das Selbstwertgefühl wird primär determiniert durch aktive oder passive interindividuelle (Verhaltens)Vergleiche mit relevanten anderen Personen der sozialen Umwelt sowie durch den intraindividuellen Vergleich von Real- und Idealselbst. ... Die Schaffung, Aufrechterhaltung bzw. Erhöhung eines positiven Selbstwertgefühls ist als menschliches Grundbedürfnis, als existentielle Motivation zum Leben zu bezeichnen. Ohne ein Minimum positiver Selbstwertschätzung würde ein Weiterleben sinnlos erscheinen. .. Das Selbstwertgefühl variiert jedoch in Abhängigkeit von verschiedenen Situations- und Umgebungsaspekten.“ (Schauder 1996, S. 9)

Für den Fragebogen existieren differenzierte Mittelwert-Tabellen und Prozentrang-Normen für die Gesamtstichproben.

Der Autor betont, dass dieses Messinstrument geeignet sei für den wissenschaftlichen Forschungsbereich, z.B. zur Beschreibung intraindividuelle Entwicklungsverläufe (Verlaufsforschung) oder zum Vergleich interindividueller Unterschiede“ (Schauder 1996, S. 14).

Schauder räumt ein, dass das von ihm entwickelte Verfahren Probleme mit sich bringen könne. Diese liegen in der Testperson selbst und in bekannten unerwünschten Antworttendenzen.

Die Testperson müsse in der Lage sein, den Item-Inhalt und die Test- und Beantwortungsmodalitäten zu erfassen und zu verstehen. Außerdem müsse sie „bereit und gewillt sein, sich ernsthaft, ehrlich und gewissenhaft über sehr „ich-nahe“ Aspekte ihrer Person zu äußern.“ (Schauder 1996, S. 49).

11.2 Statistische Auswertung - Ergebnisse

Als Vergleichszeitpunkte wurden der erste (Anamnese) und der letzte Test (Katamnese) betrachtet.

Im einem ersten Schritt wurden mittels einer Reihe von t-Tests die Mittelwerte von Rohwerten (ohne Berücksichtigung von Alter und Geschlecht der Kinder beim jeweiligen Testzeitpunkt) und auch die Mittelwerte der Prozentrangwerte zum Zeitpunkt der Anamnese (erster Test) mit denen zum Zeitpunkt der Katamnese (letzter Test innerhalb der Therapie) unter Berücksichtigung von Alter und Geschlecht der Kinder beim jeweiligen Testzeitpunkt verglichen.

Hierbei wurde jeweils nach Kontrollgruppe (Patienten ohne Therapie, n = 15) und der Untersuchungsgruppe der Patienten, die die Therapie regulär beendet haben (n =18) sowie der Untersuchungsgruppe der Patienten, die die Therapie abgebrochen haben (n=8), unterschieden.

Alle t-test-Ergebnisse zu den Rohwert- und Prozentrangwertvergleichen (vorher - nachher) sind nicht signifikant.

In einem zweiten Schritt wurden für die Gesamtskala (Selbstwertgefühl insgesamt) die Veränderungen der Mittelwerte der Rohwerte sowie der Prozentrangwerte so gruppiert, dass die Anteile von Verschlechterungen, der unveränderten und verbesserten Patienten in den jeweiligen Gruppen erkennbar werden (vgl. Tabelle 11-3).

Anschließend wurde, anhand der zum ALS beschriebenen Zuordnungsvorschrift (vgl. Schauder Manual, S.24-25) eine Einstufung der Befunde in Selbstwertgefühls-Diagnosegruppen vorgenommen und wiederum eine Gruppierung im Hinblick auf eine schlechtere, unveränderte bzw. verbesserte Einstufung bei der Katamnese, bzw. zum Zeitpunkt des letzten Tests vorgenommen (vgl. Tabelle 11-4). Auch hier werden (um die Vergleichbarkeit der diagnostischen Beurteilung von Skalenrohwerten sicherzustellen) Alters- und Geschlechtsunterschiede berücksichtigt. Wie aus der Abbildung ersichtlich, sind in der Untersuchungsgruppe mit ca. 39% die höchsten Anteile von Verbesserungen beim ALS-Gesamt anzutreffen. Bei den Therapie-Abbrechern und bei der Untersuchungsgruppe sind zudem hohe Anteile von Verbesserungen in der Subskala Schule zu beobachten, während in der Kontrollgruppe bei der Subskala Freizeit ein hoher Verbesserungsanteil erreicht wird.

Um interpretierbare signifikanz-statistische Befunde zu den Veränderungen (Anamnese - Katamnese) zu erhalten wurden, für die Gesamtskala ALS eine Reihe nonparametrischer Tests für verbundene Paare durchgeführt (vgl. Tabelle 11-5).

Die χ^2 -Statistiken der Kreuztabellen sind ganz überwiegend nicht interpretierbar, da in keinem Fall die hierzu notwendige Bedingung von maximal 20% erwarteter Häufigkeiten < 5 in den Zellen der Tabellen eingehalten wird.

Es wurden alle nonparametrischen Test, die von SPSS 6.0 angeboten werden durchgeführt:

Wilcoxon-Vorzeichen Rangtest für verbundene Paare

Vorzeichen (Sign) Test

Marginal Homogeneity

McNemar Test (Vierfelder Vorher-Nachher-Test)

Zur Durchführung des McNemar Test wurden die 5-stufigen Selbstwertgefühls-Gruppen in der Weise dichotomisiert, dass die Selbstwertgefühls-Gruppen:

'--' : extrem negatives SWG' und '-' : negatives SWG' einerseits und die Gruppen:

'0' : durchschnittliches SWG', '+' : positives SWG' und '++' : extrem positives SWG' andererseits zusammengefasst wurden. Eine Zusammenfassung nur der positiven Kategorien hätte zu einer zu geringen Besetzung geführt (bei Anamnese insgesamt n = 5; bei Katamnese insgesamt n = 8).

Die Befunde der Wilcoxon-Vorzeichen Rangtests für verbundene Paare sowie der Marginal Homogeneity-Tests sind für die zweiseitigen Tests bei einer Wahrscheinlichkeit von jeweils $p = 0,0833$ signifikant* für die Untersuchungsgruppe wie auch für die Kontrollgruppe.

* Bei zweiseitigen Tests und Befunden mit Wahrscheinlichkeiten kleiner als 10% ($P < 0,10$) können die dem Test zugrundeliegenden Nullhypothesen zurückgewiesen werden (entspricht der Bedingung $P < 0,05$ bei einseitigen Tests).

Aus rein statistischer Sicht ist festzustellen, dass die Veränderungen nicht zufällig sind, und es ist davon auszugehen, dass hierfür ein ursächlicher Faktor verantwortlich ist. Allerdings kann nicht angenommen werden, daß die Therapie dieser Faktor ist, da für die Kontrollgruppe ohne Therapie gleiches gilt. Im Gegenteil, die Befunde legen eher nahe, dass die Therapie eher keinen Einfluss auf Verbesserungen hat, da diese auch ohne Therapie in signifikanter (überzufälliger) Weise erreicht werden.

Bei den Therapie-Abbrechern und bei der Untersuchungsgruppe sind hohe Anteile von Verbesserungen in der Subskala Schule zu beobachten, während in der Kontrollgruppe bei der Subskala Freizeit ein hoher Verbesserungsanteil erreicht wird.

Der hohe Verbesserungsanteil der Subskala Freizeit in der Kontrollgruppe führt zu einem insgesamt „verbesserten“ und somit signifikanten Ergebnis der Gesamt-Skala des ALS.

Die gemessene hohe Verbesserung in der Subskala Freizeit in der Kontrollgruppe könnte ein Hinweis sein darauf, dass die Kinder und Jugendlichen ihr Selbstwertgefühl im außerschulischen und außerfamiliären Bereich als Kompensationsmöglichkeit sehen.

In der analytischen Kinder- und Jugendlichkeitstherapie wird im Verhältnis von 4 Stunden Kind/Jugendliche(r) zu 1 Stunde Eltern gearbeitet.

„Eltern sind zumeist die bedeutendsten Beziehungspersonen für das Kind. Regelmäßige Gespräche mit ihnen sind wichtig für den Erfolg der Therapie.... Oft benötigen sie Hilfe des/der Therapeuten/in, weil sich eigene Konflikte mit denen des Kindes verstrickt haben. Im therapeutischen Prozess können Eltern ihre Beteiligung am Krankheitsgeschehen erkennen, bearbeiten und andere Antworten auf das Kind entwickeln.“ (aus: Eine Information über Analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie, Hg. VAKJP Deutschland, Faltblatt)

Die Prozentuale Verbesserung in der Untersuchungsgruppe von 37,5 und 33,3 % bezogen jeweils auf die Gesamtgruppe im Vergleich zu 20% der Kontrollgruppe lässt die Annahme zu, dass das Familienklima sich für die behandelten Kinder und Jugendlichen verbessert hat.

Die Tabellen „Vorher - Nachher Vergleich der Gesamt-Mittelwerte gruppiert“ zeigt eine höhere Verschlechterungsrate bei den behandelten Patienten.

Insgesamt könnte die These aufgestellt werden, dass der therapeutische Prozess eine Zunahme der Selbst-Wahrnehmung beinhaltet, die im Verlauf der Therapie zu einer differenzierteren, kritischeren und daher im Testergebnis auch „negativeren“ Selbsteinschätzung führen kann. Die Fragen werden von den behandelten Jugendlichen eventuell differenzierter und selbstkritischer beantwortet.

Um Hinweise darauf zu erlangen, welche Faktoren weiterhin für eine Verbesserung/Verschlechterung von Bedeutung sein könnten, wurden abschließend einige Drittvariablenkontrollen des Zusammenhangs von Randbedingungen und Veränderungen der Selbstwertgefühlgruppen vorgenommen.

Folgende Faktoren wurden betrachtet: Kurzzeit- bzw. Langzeittherapie, Schicht, Familiensituation, Anamnese-Alter, Katamnese-Alter.

Da in den zugrundeliegenden Kreuztabellen die Voraussetzung von max 20% Feldern mit erwarteten Häufigkeiten kleiner als 5 regelmäßig verletzt wird ist nur eine deskriptive Interpretation möglich.

Hierbei ergeben sich insbesondere bei der Betrachtung der Therapiedauer (Langzeit) Hinweise auf einen Einfluss in Richtung einer positiven Veränderung des Selbstwertgefühls.

Ebenso scheint die Familiensituation, die durch „Leben in der Ursprungsfamilie“ gekennzeichnet ist, einen positiven Einfluss auf die Therapieergebnisse zu haben. Ein höheres Alter bei Therapiebeginn wirkt sich ebenfalls positiv auf den Therapieerfolg aus.

11.2.1 ALS - Mittelwertvergleiche (erster vs letzter Test) (t-tests)

Tabelle 11-1: ALS – Skalen - Rohwerte*

Skalen - Rohwerte*	Therapie-Abbrecher (n = 8)		
	Anamnese	Katamnese	p**
Schule	-2,00	0,75	,683
Freizeit	11,88	5,63	,393
Familie	-1,25	3,00	,499
ALS-Gesamt	8,625	9,3750	,963

* ohne Berücksichtigung von Alter und Geschlecht

** zweiseitige Signifikanz

ALS Gesamt Rohwert erhöht sich um 0,75

Skalen - Rohwerte*	Untersuchungsgruppe (n = 18)		
	Anamnese	Katamnese	p**
Schule	-0,56	2,67	,484
Freizeit	10,56	15,11	,194
Familie	6,28	10,56	,336
ALS-Gesamt	16,28	28,33	,271

* ohne Berücksichtigung von Alter und Geschlecht

** zweiseitige Signifikanz

ALS Gesamt Rohwert erhöht sich um 12,05

Skalen – Rohwerte*	Kontrollgruppe (n = 15)		
	Anamnese	Katamnese	p**
Schule	1,67	5,13	,512
Freizeit	9,20	15,13	,233
Familie	8,40	13,0	,275
ALS-Gesamt	19,267	33,267	,293

* ohne Berücksichtigung von Alter und Geschlecht

** zweiseitige Signifikanz

ALS Gesamt Rohwert erhöht sich um 14,00

ALS Freizeit Rohwert erhöht sich um 5,83 = 41,643 % des Gesamtwertes

Tabelle 11-2: ALS– Prozent - Rangwerte

Prozent – Rangwerte*	Therapie-Abbrecher (n = 8)		
	Anamnese	Katamnese	p**
Schule	34,25	37,50	,856
Freizeit	53,75	33,88	,295
Familie	21,25	25,63	,770
ALS-Gesamt	28,13	30,63	,881

* unter Berücksichtigung des Geschlechts
 ** zweiseitige Signifikanz

Prozent – Rangwerte*	Untersuchungsgruppe (n = 18)		
	Anamnese	Katamnese	p**
Schule	41,22	46,11	,677
Freizeit	44,17	58,61	,176
Familie	38,06	46,39	,436
ALS-Gesamt	38,61	49,67	,339

* unter Berücksichtigung des Geschlechts
 ** zweiseitige Signifikanz

Prozent – Rangwerte*	Kontrollgruppe (n = 15)		
	Anamnese	Katamnese	p**
Schule	47,27	56,27	,471
Freizeit	46,07	58,93	,339
Familie	39,33	52,00	,259
ALS-Gesamt	42,6	55,2	,325

* unter Berücksichtigung des Geschlechts
 ** zweiseitige Signifikanz

Tabelle 11-3: ALS Vorher-Nachher Vergleich der Gesamt-Mittelwerte gruppiert

**** Veränderung Rohwerte **.**

%Anteile Veränderung Rohwert* Kinder	Therapie- Abbrecher (n = 8)	Therapie regulär beendet (n = 18)	Kontroll- gruppe (n = 15)
Schlechter	37,5	33,3	20
Gleich	0,0	0,0	6,7
Besser	62,5	66,7	73,3

* ohne Berücksichtigung von Alter und Geschlecht

**** Veränderung Prozentrangwerte **.**

%Anteile Veränderung %Rangwerte* Kinder	Therapie- Abbrecher (n = 8)	Therapie regulär beendet (n = 18)	Kontroll- gruppe (n = 15)
schlechter	37,5	27,8	20,0
Gleich	12,5	11,1	26,7
Besser	50,0	61,1	53,3

* unter Berücksichtigung des Geschlechts

Tabelle 11-4: ALS Vorher-Nachher-Vergleich der Gesamt-Mittelwerte gruppiert in schlechter, gleich, besser

* unter Berücksichtigung von Alter und Geschlecht

Subskala: Schule

%Anteile Veränderung Diagnosegruppe Selbstwertgefühl	Therapie- Abbrecher (n = 8)	Therapie regulär beendet (n = 18)	Kontroll- gruppe (n = 15)
schlechter	25,0	16,7	0,0
gleich	25,0	38,9	73,3
besser	50,0	44,4	26,7

Subskala: Freizeit

%Anteile Veränderung Diagnosegruppe Selbstwertgefühl	Therapie- Abbrecher (n = 8)	Therapie regulär beendet (n = 18)	Kontroll- gruppe (n = 15)
schlechter	37,5	16,7	20,0
gleich	50,0	50,0	33,3
besser	12,5	33,3	46,7

Subskala: Familie

%Anteile Veränderung Diagnosegruppe Selbstwertgefühl	Therapie- Abbrecher (n = 8)	Therapie regulär beendet (n = 18)	Kontroll- gruppe (n = 15)
schlechter	0,0	11,1	6,7
gleich	62,5	55,6	73,3
besser	37,5	33,3	20,0

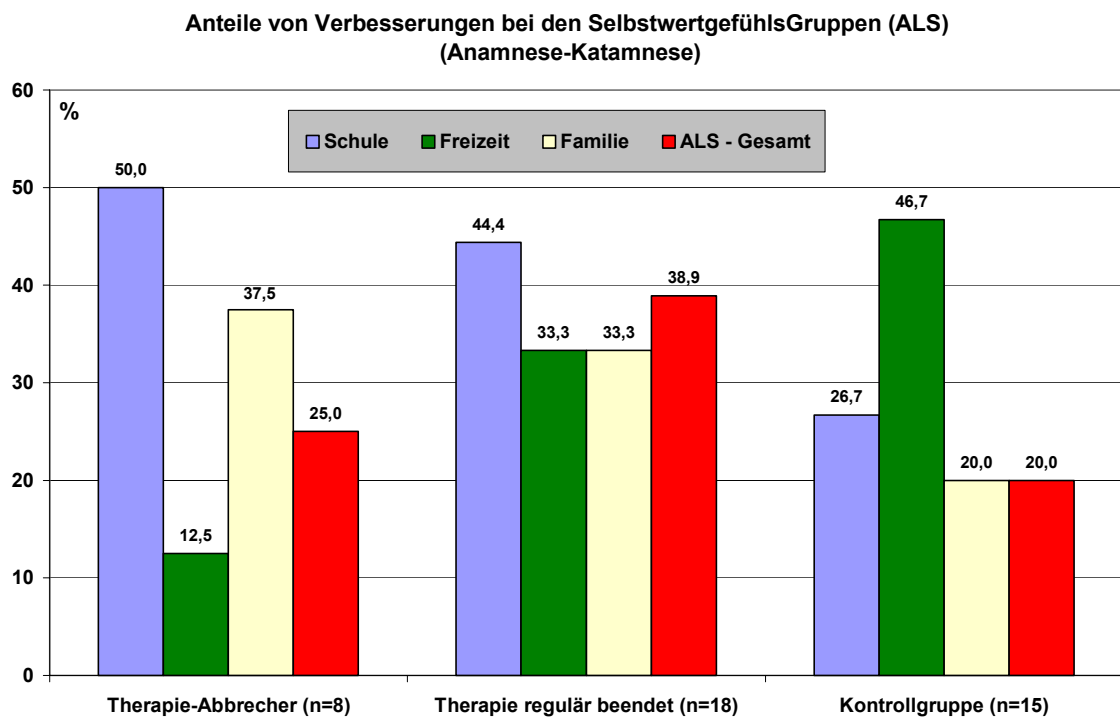
Tabelle 11-5: ALS Vorher-Nachher-Vergleich der Gesamt-Mittelwerte gruppiert in schlechter, gleich, besser – Selbstwertgefühl Gesamt

* unter Berücksichtigung von Alter und Geschlecht

Subskala: Selbstwertgefühl – (ALS-Gesamt)

%Anteile Veränderung Diagnosegruppe Selbstwertgefühl	Therapie- Abbrecher (n = 8)	Therapie regulär beendet (n = 18)	Kontroll- gruppe (n = 15)
schlechter	25,0	11,1	0,0
gleich	50,0	50,0	80,0
besser	25,0	38,9	20,0

Abbildung 11-1: ALS Anteile von Verbesserungen bei den Selbstwertgefühls-Gruppen



11.2.2 Befunde nonparametrischer Tests für verbundene Paare

Tabelle 11-6: ALS Nonparametrische Tests für verbundene Paare

Nonparametrische Tests für verbundene Paare	Art Signifikanz Befund	Therapie-Abbrecher (n=8)	Therapie regulär beendet (n=18)	Kontroll-Gruppe (n=15)
Wilcoxon Matched-Pairs Signed-Ranks Test	2-Tailed P	0,7055	0,0833*	0,0833*
Vorzeichen (Sign) Test	(Binomial) Exact 2-Tailed P	1,0000	0,1797	0,2500
Marginal Homogeneity	Asymptotic Significance 2-Tailed P	0,7055	0,0833*	0,0833*
McNemar Test (Vier-Felder Anordnung durch Gruppierung)	(Binomial) Exact 2-Tailed P	1,0000	0,2500	1,0000

* Bei zweiseitigen Test und Befunden mit Wahrscheinlichkeiten kleiner als 10% ($P < 0,10$) können die dem Test zugrundeliegenden Nullhypothesen zurückgewiesen werden (entspricht der Bedingung $P < 0,05$ bei einseitigen Tests).

11.2.3 Drittvariablenkontrollen

Tabelle 11-7: ALS Drittvariablenkontrollen

Befunde bei Drittvariablenkontrollen des Zusammenhangs von Randbedingungen und Verbesserung der Selbstwertgefühlgruppen:

Veränderungen nach Randbedingung	Gesamt (n=41)	Therapie-Abbrecher (n=8)	Therapie regulär beendet (n=18)	Kontroll-Gruppe (n=15)
Kurzzeit- vs Langzeittherapie	7 von 12 Verbesserungen (58%) werden bei Langzeittherapien beobachtet	2 von 2 Verbesserungen bei Langzeittherapien	4 von 7 Verbesserungen bei Langzeittherapien	keine Therapie!
Schicht	Verbesserungen sind relativ gleichmäßig auf die sozialen Schichten verteilt (max 4 von 12 in der 'Unteren Mittelschicht')	<i>Interpretation aufgrund geringer Fallzahl nicht möglich</i>	Verbesserungen sind relativ gleichmäßig auf die sozialen Schichten verteilt	<i>Interpretation aufgrund geringer Fallzahl nicht möglich</i>
Familiensituation	6 von 12 Verbesserungen (50%) werden bei Kindern in der Ursprungsfamilie beobachtet	<i>Interpretation aufgrund geringer Fallzahl nicht möglich</i>	5 von 7 Verbesserungen bei Kindern in der Ursprungsfamilie	<i>Interpretation aufgrund geringer Fallzahl nicht möglich</i>
Anamnese-Alter	Kinder mit Verbesserungen sind bei Anamnese durchschnittlich älter als die unveränderte bzw. sich verschlechternde Gruppe			
Katamnese-Alter	Kinder mit Verbesserungen sind bei Katamnese durchschnittlich älter als die unveränderte bzw. sich verschlechternde Gruppe			

keine Angaben zu Signifikanzen, da in den zugrundeliegenden Kreuztabellen die Voraussetzung von max 20% Feldern mit erwarteten Häufigkeiten kleiner als 5 regelmäßig verletzt wird; daher nur deskriptive Interpretation möglich.

12. Normwerte der Tests MVL, GBB und ALS – Darstellung der Eingangs- und Ausgangswerte im Vergleich mit den gegebenen Normwerten

Der Behandlungserfolg kann zum einen durch die oben dargestellten und verwendeten Testverfahren (auf Grundlage der Prä- und Postwerte) ermittelt werden. Eine weitere Möglichkeit ist die Nutzung von normativen Zielen, oder anders formuliert:

Die Eingangs- und Ausgangswerte der Untersuchungs- und Kontrollgruppe können verglichen werden mit den Werten von sogenannten „gesunden Personen“, sprich: mit Normwerten, die die Verfasser ermittelt haben. Veränderungen durch eine psychoanalytische Behandlung müssten nach dieser Definition mit einem Wechsel der Gruppenzugehörigkeit verbunden sein.

Von einer effektiven Behandlung spricht man dann, wenn sich– und das nachweislich im Zusammenhang mit der Therapie – die ursprünglich im eher „pathologischen“ Bereich befindlichen Werte nach der Therapie reduziert und damit den Normwerten angeglichen haben.

12.1 MVL

Die Normwerte für diesen Test sind dem Testhandbuch MVL, S. 25, entnommen.

Die Ergebnisse zeigen bei der Gruppe der Therapieabbrecher erhöhte Werte in Bezug auf das gemessene Problemverhalten bei Untersuchungsbeginn und Ergebnisse im Bereich der Norm bei Untersuchungsende.

Die Untersuchungsgruppe zeigt ebenso bei Untersuchungsbeginn deutlich erhöhte Werte und bei Untersuchungsende Werte im Normbereich.

Die Kontrollgruppe weist bei Beginn der Untersuchung höhere Werte in Bezug auf Problemverhalten auf als die Untersuchungs- und Abbrecher-Gruppe. Diese Werte reduzieren sich in den Werten des MVL-Gesamt, erreichen aber nicht die Norm und liegen im Bereich der Eingangswerte der beiden anderen Gruppen.

Tabelle 12-1: MVL Normwerte im Vergleich Fremdeinschätzung – Skalen - Rohwerte*

Skalen – Rohwerte*	Therapie-Abbrecher (n = 4)		
	Anamnese	Katamnese	p**
Emotionale Labilität 2,95 Norm	8,0	2,0	,102
Kontaktangst 2,77 Norm	11,5	6,0	,137
Unrealistisches Selbstkonzept 2,66 Norm	4,0	0,25	,002
Unangepaßtes Sozialverhalten 3,99 Norm	11,25	5,5	,157
Instabiles Leistungsverhalten 4,61 Norm	7,75	1,5	,022
MVL-Gesamt Normwerte 16,98 Jungen: 17,79 Mädchen: 16,12	42,5	15,25	,010

* mit ohne Berücksichtigung von Alter und Geschlecht

** zweiseitige Signifikanz (**signifikant**)

Interpretation aufgrund geringer Fallzahl problematisch

Skalen – Rohwerte*	Untersuchungsgruppe (n = 13)		
	Anamnese	Katamnese	p**
Emotionale Labilität Norm 2,95	6,62	1,77	,001
Kontaktangst Norm 2,77	5,92	1,77	,009
Unrealistisches Selbstkonzept Norm 2,66	6,38	1,38	,001
Unangepasstes Sozialverhalten Norm 3,99	10,08	6,62	,211
Instabiles Leistungsverhalten 4,61	11,15	4,0	,005
MVL-Gesamt Normwert 16,98 Ju: 17,79 Mä: 16,12	40,08	15,46	,003

* ohne Berücksichtigung von Alter und Geschlecht
 ** zweiseitige Signifikanz (**signifikant**)

Skalen – Rohwerte*	Kontrollgruppe (n = 12)		
	Anamnese	Katamnese	p**
Emotionale Labilität Norm 2,95	8,58	6,42	,366
Kontaktangst Norm 2,77	8,92	6,17	,176
Unrealistisches Selbstkonzept Norm 2,66	9,33	5,92	,160
Unangepasstes Sozialverhalten Norm 3,99	13,25	12,17	,734
Instabiles Leistungsverhalten 4,61	15,00	10,83	,228
MVL-Gesamt Normwert: 16,98 Ju: 17,79 Mä: 16,12	55,08	41,67	,245

* ohne Berücksichtigung von Alter und Geschlecht
 ** zweiseitige Signifikanz

12.2 GBB

Zum GBB liegen von Seiten des Verfassers Normwerte vor, unterschieden im Hinblick auf Altersgruppen (Handanweisung GBB):

	9-11 J.	12-13 J.	14-15 J.
Erschöpfung	5,10	6,95	8,60
Verdauung	5,47	5,95	5,99
Gliederschmerzen	3,87	5,38	5,00
Kreislauf	2,30	3,46	4,70
Erkältung	8,65	8,93	4,56
GESAMTSKALA	25,39	30,67	33,80

Vergleicht man die Eingangswerte der untersuchten Gruppen, so zeigt sich, dass die Gruppe der Therapieabbrecher und die der Kontrollgruppe ähnliche Werte aufweisen. Diese liegen – je nach Altersgruppe, nach der hier nicht unterschieden wurde - über den Normwerten. Der Beschwerdedruck der Untersuchungsgruppe ist im Vergleich zu den beiden anderen Gruppen niedriger bei Therapiebeginn. Alle drei Gruppen liegen im Hinblick auf die Ausgangswerte im Bereich der Normwerte für die Altersgruppe der 14-15jährigen und nähern sich den Werten der Altersgruppe der 12-13 jährigen.

In der Untersuchungsgruppe finden sich 10 Patienten, die nicht älter als 12 Jahre sind und 8 Patienten im Alter von 13 Jahren und älter.

In der Gruppe der Abbrecher sind 3 Patienten bis 12 Jahre alt, 5 Patienten 13 Jahre und älter.

Die Kontrollgruppe beinhaltet 11 Patienten in der Altersgruppe bis 12 Jahre und 4 Patienten ab 13 Jahre.

Als These wird formuliert: Die Differenz zwischen den jeweiligen Eingangswerten der Gruppen und denen der Normwerte aus der Tabelle ist nicht so hoch wie die Differenzen der anderen beiden Tests (MVL und ALS). Wenn der Eingangswert zumindest in der Nähe der Normwerte liegt, kann die Veränderung nicht signifikant sein.

Der Beschwerdedruck bei Untersuchungsbeginn liegt über den Normwerten, gruppiert sich allerdings in der Nähe der Normwerte (vor allem der der Untersuchungsgruppe) und hat eine Tendenz, im Laufe der Untersuchungsreihe sich diesen immer weiter anzunähern. Es kann nicht davon ausgegangen werden, dass Therapie dafür ein ursächlicher Faktor ist, da diese Tendenz auch in der Kontrollgruppe zu finden ist.

Tabelle 12-2: GBB Kinder zum Vergleich mit Normwerten**KINDER - Skalen- Rohwerte***

KINDER - Skalen- Rohwerte*	Kontrollgruppe (n = 15)		
	Anamnese	Katamnese	p
Erschöpfung	8,7	6,7	0,264
Magensymptomatik	7,9	7,1	0,536
Gliederschmerz	6,5	6,0	0,754
Kreislaufsymptomatik	4,1	3,8	0,827
Erkältungsymptomatik	10,8	9,1	0,366
Gesamt-Beschwerdedruck	38,1	32,7	0,451

* ohne Berücksichtigung von Alter und Geschlecht

Differenz des Gesamtbeschwerdedrucks: 5,4

KINDER - Skalen- Rohwerte*	Untersuchungsgruppe (n = 18)		
	Anamnese	Katamnese	p
Erschöpfung	7,6	7,1	0,769
Magensymptomatik	7,9	6,6	0,343
Gliederschmerz	5,3	5,4	0,974
Kreislaufsymptomatik	4,4	4,4	1,000
Erkältungsymptomatik	9,8	9,0	0,592
Gesamt-Beschwerdedruck	35,1	32,4	0,671

* ohne Berücksichtigung von Alter und Geschlecht

Differenz des Gesamtbeschwerdedrucks 2,7

KINDER - Skalen- Rohwerte*	Therapie-Abbrecher (n = 8)		
	Anamnese	Katamnese	P
Erschöpfung	10,3	10,0	0,934
Magensymptomatik	6,5	4,8	0,410
Gliederschmerz	4,3	4,3	1,000
Kreislaufsymptomatik	5,9	5,5	0,869
Erkältungsymptomatik	11,9	8,3	0,137
Gesamt-Beschwerdedruck	38,8	32,8	0,521

* ohne Berücksichtigung von Alter und Geschlecht

Differenz des Gesamtbeschwerdedrucks 5,0

12.3 ALS

Normwerte seitens des Verfassers des ALS sind nicht für die Gesamtgruppe der Jungen und Mädchen erstellt worden. Es liegen getrennte Werte für diese beiden Gruppen vor. Es zeigt sich an folgenden Tabellen, dass die Therapieabbrecher bei Untersuchungsbeginn in ihrem Selbstwertgefühl weit unterhalb der Normwerte liegen und bei Untersuchungsende ein nur geringfügig höheres Selbstwertgefühl aufweisen können. Das Ergebnis liegt nach wie vor weit unter den Normwerten, sie brechen die Therapie demzufolge ab mit einem niedrigen Selbstwertgefühl.

Die Untersuchungsgruppe liegt in ihren Eingangswerten etwas höher als die der Abbrecher und verbessert sich im Gesamtergebnis um 12,05 Punkte. Legt man die Normwerte der Mädchen zugrunde, liegen die Ergebnisse im Bereich der Norm – legt man die Normwerte der Jungen zugrunde, liegen diese leicht unter den Normwerten.

Die Kontrollgruppe liegt im Bereich der Gesamtwerte bei Untersuchungsbeginn ähnlich wie die Untersuchungsgruppe unterhalb der Normwerte und bei Untersuchungsende in den Werten gemessen an den Werten der Mädchen im Bereich der Normwerte und gemessen an den Werten der Jungen leicht unter den Normwerten.

Tab. 12-3: ALS Normwerte im Vergleich zu Rohwerten

Skalen - Rohwerte*	Therapie-Abbrecher (n = 8)		
	Anamnese	Katamnese	p**
Schule Norm Ju 6,2 Mä 4,4	-2,00	0,75	,683
Freizeit Norm Ju 15,1 Mä 11,7	11,88	5,63	,393
Familie Norm Ju 15,1 Mä 11,5	-1,25	3,00	,499
ALS-Gesamt Norm Ju 36,4 Mä 27,6	8,625	9,3750	,963

* ohne Berücksichtigung von Alter und Geschlecht
** zweiseitige Signifikanz

Skalen - Rohwerte*	Untersuchungsgruppe (n = 18)		
	Anamnese	Katamnese	p**
Schule Norm Ju 6,2 Mä 4,4	-0,56	2,67	,484
Freizeit Norm Ju 15,1 Mä 11,7	10,56	15,11	,194
Familie Norm Ju 15,1 Mä 11,5	6,28	10,56	,336
ALS-Gesamt Norm Ju 36,4 Mä 27,6	16,28	28,33	,271

* ohne Berücksichtigung von Alter und Geschlecht
** zweiseitige Signifikanz

Skalen – Rohwerte*	Kontrollgruppe (n = 15)		
	Anamnese	Katamnese	p**
Schule Norm Ju 6,2 Mä 4,4	1,67	5,13	,512
Freizeit Norm Ju 15,1 Mä 11,7	9,20	15,13	,233
Familie Norm Ju 15,1 Mä 11,5	8,40	13,0	,275
ALS-Gesamt Norm Ju 36,4 Mä 27,6	19,267	33,267	,293

* ohne Berücksichtigung von Alter und Geschlecht
** zweiseitige Signifikanz

13. Zur Thematik der Therapieabbrecher – dargestellt an dem Versuch, bei dem Test ALS Untersuchungsgruppe und Abbrecher zusammenzufassen

In den bis zuvor durchgeführten Untersuchungen wurde die Gruppe der Kinder und Jugendlichen, die eine Therapie regulär beendet haben, getrennt von der Gruppe, die die Therapie vorzeitig abgebrochen hat. Um zu überprüfen, ob es ohne Verfälschung der Ergebnisse sinnvoll ist, die Gruppe in der Auswertung zusammenzufassen, wurden die Analysen mit der Gesamtgruppe $n = 18(\text{regulär beendet}) + 8(\text{Abbrecher})$ gerechnet.

13.2 Beschreibung der Ergebnisse

Auf den folgenden Seiten werden im Wesentlichen die bekannten Analysen (alle Tests und Voraussetzungen entsprechen den früheren Verfahren) die Ergebnisse der Kontrollgruppe, der Untersuchungsgruppe ohne Abbrecher (früher: Therapie regulär beendet, $n=18$, Zahlenangaben in Klammern) und die der – nach den jüngsten Überlegungen angeregt, zusammengefassten - Untersuchungsgruppe inklusive aller Abbrecher ($n= 26$) aufgeführt.

Es ergeben sich im Vergleich zu früheren Betrachtungen hinsichtlich des Befundes zur Wirksamkeit der Therapie keine gravierenden Unterschiede.

Allerdings wird – wie in den früheren Analysen - an einigen Stellen deutlich, dass die Gruppe der Abbrecher sich nicht homogen verbessert oder verschlechtert. Dies zeigt sich insbesondere dort, wo abweichend von den früheren Ergebnissen der Gruppe der Patienten, die die Therapie regulär beendet haben, bei der nunmehr zusammengefassten Untersuchungsgruppe, sowohl die Anteile der Verbesserungen, wie auch die der Verschlechterungen ansteigen (vgl.: Vergleich der Diagnosegruppen Subskala: Schule).

Damit wirkt sich die Heterogenität bzw. Polarität der Abbrecher eher negativ auf die bisherigen Befunde aus, denn unberührt von den veränderten Zahlen der Untersuchungs-Gruppe gilt weiterhin: Die Ergebnisse lassen erkennen, dass eine Therapie nicht der ausschlaggebende Faktor für eine Verbesserung des Selbstwertgefühls der betrachteten Patienten ist. (Anm.: bezogen auf Gesamtwert)

Im Gegenteil, im Vergleich zur jetzt zusammengefassten Untersuchungsgruppe schneidet die Kontrollgruppe im Hinblick auf Verbesserungen von Skalenrohwerten und Prozentrangwerten noch deutlicher besser ab, als bei dem früheren Vergleich gegenüber der Gruppe mit regulär beendeter Therapie.

Tabelle 13-1: ALS Mittelwertveränderungen Gesamt

Delta Mittelwert Veränderungen ALS-Gesamt	Anamnese	Katamnese	Delta
Skalenrohwerte			
Zus. Untersuchungsgruppe (n = 26)	13,92	22,50	+ 8,58
Therapie regulär beendet (n = 18)	16,28	28,33	+ 12,05
Kontrollgruppe (n=15)	19,00	33,00	+ 14,00
Prozentrangwerte			
Zus. Untersuchungsgruppe (n = 26)	35,38	43,81	+ 8,43
Therapie regulär beendet (n = 18)	38,61	49,67	+ 11,06
Kontrollgruppe (n=15)	42,60	55,20	+ 12,60

Ebenso verringern sich die Anteile von Verbesserungen bei den Selbstwertgefühls-Gruppen (vgl. Tabelle 13-5) mit 34,6% gegenüber 38,9% bei der ALS-Gesamtskala (n=26).

Auch bei den Befunden der nonparametrischen Tests fallen die Wahrscheinlichkeiten für ein nicht zufälliges Ergebnis bei der jetzt zusammengefassten Untersuchungsgruppe 'schlechter' aus als bei der Gruppe der regulären Therapiebeender (ohne Abbrecher). Die dort angetroffenen 'dünnen' Signifikanzen von ca. 8% werden bei weitem nicht mehr erreicht, so dass nur noch bei der Kontrollgruppe signifikante Ergebnisse anzutreffen sind (vgl. Tabelle 13-6).

Möglicherweise spielt hier die Frage, warum eine Therapie abgebrochen wurde, doch eine wesentliche Rolle. Es scheint hierbei besonderes von Bedeutung, ob eine Therapie aufgrund bisheriger zufriedenstellender Verbesserungen oder aus einer frustrierten 'bringt ja doch nichts' Haltung abgebrochen wird. Sonstige – nicht 'erfolgsabhängige' - Abbruchgründe sind bei dieser idealtypischen Trennung der Gruppe aber immer noch nicht berücksichtigt.

13.3 Statistische Auswertung –

13.3.1 Mittelwertvergleiche (erster vs letzter Test) (t-test)

Tabelle 13-2: ALS - Mittelwertvergleiche (erster vs letzter Test) (t-tests)
Kinder – Skalen – Rohwerte n=26*

In Klammern (ohne Therapieabbrecher)

Skalen - Rohwerte*	Untersuchungsgruppe (n = 26)		
	Anamnese	Katamnese	P**
Schule	-1,00 (-0,56)	2,08 (2,67)	,407 (,484)
Freizeit	10,96 (10,56)	12,19 (15,11)	,708 (,194)
Familie	3,96 (6,28)	8,23 (10,56)	,246 (,336)
ALS-Gesamt	13,92 (16,28)	22,50 (28,33)	,342 (,271)

* ohne Berücksichtigung von Alter und Geschlecht
** zweiseitige Signifikanz

Skalen – Rohwerte*	Kontrollgruppe (n = 15)		
	Anamnese	Katamnese	P**
Schule	1,67	5,13	,512
Freizeit	9,20	15,13	,233
Familie	8,40	13,0	,275
ALS-Gesamt	19,267	33,267	,293

* ohne Berücksichtigung von Alter und Geschlecht
** zweiseitige Signifikanz

Tabelle 13-3: ALS - Mittelwertvergleiche (erster vs letzter Test) (t-tests)
Kinder – Skalen – Prozentrangwerte n=26*

Prozent – Rangwerte*	Untersuchungsgruppe (n = 26)		
	Anamnese	Katamnese	P**
Schule	39,08 (41,22)	43,46 (46,11)	,648 (,677)
Freizeit	47,12 (44,17)	51,00 (58,61)	,677 (,176)
Familie	32,88 (38,06)	40,00 (46,39)	,422 (,436)
ALS-Gesamt	35,38 (38,61)	43,81 (49,67)	,375 (,339)

* unter Berücksichtigung des Geschlechts
** zweiseitige Signifikanz

Prozent – Rangwerte*	Kontrollgruppe (n = 15)		
	Anamnese	Katamnese	P**
Schule	47,27	56,27	,471
Freizeit	46,07	58,93	,339
Familie	39,33	52,00	,259
ALS-Gesamt	42,6	55,2	,325

* unter Berücksichtigung des Geschlechts
 ** zweiseitige Signifikanz

Tabelle 13-4: ALS Vorher-Nachher Vergleich der Gesamt-Mittelwerte gruppiert
 N=26

**** Veränderung Rohwerte **.**

%Anteile Veränderung Rohwert* Kinder	Untersuchungs- gruppe (n = 26)	Kontrollgruppe (n = 15)
Schlechter	34,6 (33,3)	20,0
Gleich	0,0 (0,0)	6,7
Besser	65,4 (66,7)	73,3

* ohne Berücksichtigung von Alter und Geschlecht

**** Veränderung Prozentrangwerte **.**

%Anteile Veränderung %Rangwerte* Kinder	Untersuchungs- gruppe (n = 26)	Kontrollgruppe (n = 15)
schlechter	30,8 (27,8)	20,0
gleich	11,5 (11,1)	26,7
besser	57,7 (61,1)	53,3

* unter Berücksichtigung des Geschlechts

Tabelle 13-5: ALS Vorher-Nachher Vergleiche der Diagnosegruppe, Gesamt-Mittelwerte gruppiert in den Subskalen n=26

* unter Berücksichtigung von Alter und Geschlecht

Subskala: Schule

%Anteile Veränderung Diagnosegruppe Selbstwertgefühl	Untersuchungs- gruppe (n = 26)	Kontroll- gruppe (n = 15)
Schlechter	19,2 (16,7)	(0,0)
Gleich	34,6 (38,9)	(73,3)
Besser	46,2 (44,4)	(26,7)

sig. unter Verletzung der 20% Regel

Subskala: Freizeit

%Anteile Veränderung Diagnosegruppe Selbstwertgefühl	Untersuchungs- gruppe (n = 26)	Kontroll- gruppe (n = 15)
schlechter	23,1 (16,7)	20,0
gleich	50,0 (50,0)	33,3
besser	26,9 (33,3)	46,7

n.s.

Subskala: Familie

%Anteile Veränderung Diagnosegruppe Selbstwertgefühl	Untersuchungs- gruppe (n = 26)	Kontroll- gruppe (n = 15)
Schlechter	7,7 (11,1)	6,7
Gleich	57,7 (55,6)	73,3
Besser	34,6 (33,3)	20,0

n.s.

Subskala: Selbstwertgefühl – (ALS-Gesamt)

%Anteile Veränderung Diagnosegruppe Selbstwertgefühl	Untersuchungs- gruppe (n = 26)	Kontroll- gruppe (n = 15)
schlechter	15,4 (11,1)	0,0
gleich	50,0 (50,0)	80,0
besser	34,6 (38,9)	20,0

n.s.

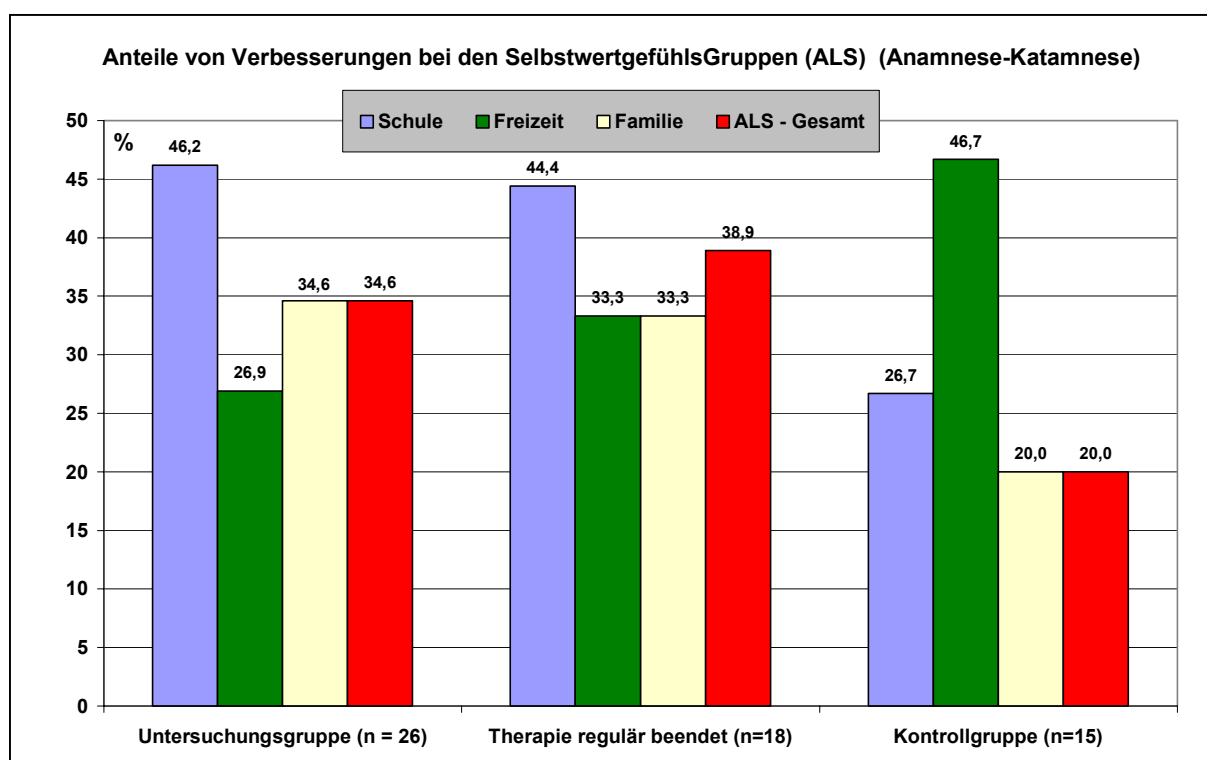
13.3.2 Befunde nonparametrischer Tests für verbundene Paare

Tabelle 13-6: ALS Nonparametrische Tests für verbundene Paare N=26

Nonparametrische Tests für verbundene Paare	Art Signifikanz Befund	Untersuchungsgruppe (n = 26)	Kontrollgruppe (n=15)
Wilcoxon Matched-Pairs Signed-Ranks Test	2-Tailed P	,2597 (0,0833*)	0,0833*
Vorzeichen (Sign) Test	(Binomial) Exact 2-Tailed P	,2668 (0,1797)	0,2500
Marginal Homogeneity	Asymptotic Significance 2-Tailed P	,2513 (0,0833*)	0,0833*
McNemar Test (Vier-Felder Anordnung durch Gruppierung)	(Binomial) Exact 2-Tailed P	,3750 (0,2500)	1,0000

* Bei zweiseitigen Test und Befunden mit Wahrscheinlichkeiten kleiner als 10% ($P < 0,10$) können die dem Test zugrundeliegenden Nullhypothesen zurückgewiesen werden (entspricht der Bedingung $P < 0,05$ bei einseitigen Tests).

Abbildung 13-1: Zur Gruppe der sogenannten „Therapieabbrecher“ – Zusammenfassung mit der Gruppe „Therapie regulär beendet“.



13.3.3 Ergebnisse der Zusammenfassung der Untersuchungsgruppe für die Tests MVL und GBB

Die Tabellen zu dieser kurzen Zusammenfassung finden sich unter 24.1.1 und 24.1.2 im Anhang dieser Arbeit.

Im Test MVL zeigt auch die zusammengefasste Gruppe signifikante Veränderungen auf Grundlage der Rohwerte und der Prozentrangwerte. Eindeutig signifikante Ergebnisse in der Gruppe der Abbrecher und der Gruppe der zuvor „reg.beendet“ führen durch die Zusammenfassung zu keinen Veränderungen, d.h., sie bleiben natürlicherweise signifikant. Dasselbe gilt für die Befunde der nonparametrischen Tests für verbundene Paare. Der prozentuale Anteil von Verbesserungen der Kinder, die die Therapie regulär beendet haben (61,5 % Beschwerdedruck) erhöht sich durch die Hinzunahme der Abbrecher und deren guten Ergebnissen in der jetzt zusammengefassten Gruppe auf 70,6 %.

Im Test GBB bleiben die Ergebnisse der nonparametrischen Tests für verbundene Paare bei den Ergebnissen der Kinder in der jetzt zusammengefassten Untersuchungsgruppe weiterhin nicht signifikant.

Die Ergebnisse der nonparametrischen Tests für verbundene Paare zeigen bei den Eltern nach wie vor signifikante Ergebnisse in der zusammengefassten Untersuchungsgruppe.

Allerdings entfällt durch diese zusammengefasste Gruppe die Aussage, dass die Therapieabbrecher in zwei Fällen keine signifikanten Befunde aufweisen – das Gesamtergebnis wird durch die Zusammenfassung „verwässert“. Auch die Mittelwerte zeigen im Elternurteil für die jetzt zusammengefasste Untersuchungsgruppe weiterhin signifikante Ergebnisse, das Urteil der Kinder zeigt ebenso nach wie vor keine signifikanten Veränderungen.

Betrachtet man die Balkendiagramme mit der Darstellung von Verbesserungen in der Beurteilung der Kinder und der Eltern, so zeigt die jetzt zusammengefasste Gruppe durch die Hinzunahme der Angaben der Gruppe der Abbrecher laut Beurteilung der Eltern eine höhere Verbesserung des Gesamt-Beschwerdedruckes (62,5%) im Vergleich zu der Gruppe „regulär beendet“ ohne Abbrecher (47,1%). Die Zusammenfassung der Gesamtgruppe der behandelten Kinder und Jugendlichen führt auch hier – wie zuvor beim ALS – zu einer Nivellierung der Ergebnisse.

Zur Darstellung der Differenzen in den Eltern – Kind – Beurteilungen sei hier nur exemplarisch der Gesamtbeschwerdedruck dargestellt: Durch die Zusammenfassung der Werte der Abbrecher und der Gruppe „regulär beendet“ liegen die Eltern-Beurteilung des Therapieerfolges um 17,4 % höher als die der Kinder. Die Eltern der Abbrecher beurteilen aber den Erfolg um 25 % besser als ihre Kinder, die Eltern der „reg.beendeten“ Gruppe urteilen um 13,8 % besser, wie den Abbildungen im Kapitel Selbstbild versus Fremdbild zu entnehmen ist.

13.4 Diskussion der Ergebnisse

Die behandelnden Therapeuten hatten einen Fragebogen zur Gesamtzahl der Therapiestunden erhalten und wurden außerdem um die Einschätzung gebeten, ob die Patienten die Therapie beendet hätten oder aus Sicht der Therapeuten vorzeitig abgebrochen hätten.

Betrachtet man diese Patienten genauer, so zeigt sich, dass von den 8 Kindern und Jugendlichen 4 mehr als 100 Stunden in Anspruch genommen haben (102, 140, 134

und 137 Stunden). Zwei Kinder bzw. Jugendliche lagen im mittleren Bereich von 50 bis 100 Stunden (70 und 88) und zwei erhielten bis zu 50 Therapiestunden (40 und 45). Begleitende Elterngespräche wurden nicht mitgerechnet.

Alle „Abbrecher“ haben eine längere und lange Therapie in Anspruch genommen, dennoch ist aus Sicht der Behandler der Therapieprozess nicht zu einem Abschluss gekommen.

Die oben dargestellten Ergebnisse zeigen, dass diese Gruppe der „Abbrecher“ sich erheblich von der Kontrollgruppe, aber auch von der Untersuchungsgruppe unterscheidet. Wird diese Gruppe gemeinsam mit der Untersuchungsgruppe gerechnet, so zeigt sich, dass die Unterschiedlichkeit von Untersuchungsgruppe und Kontrollgruppe, die zuvor noch sichtbar war, zu verschwinden beginnt.

Es ist anzunehmen, dass der Abbruch durch die Eltern und/oder durch die Jugendlichen erfolgt ist. Wie bereits angedeutet, kann es dafür unterschiedliche Gründe geben:

1. Die Eltern bzw. Jugendlichen sind mit dem Erfolg der Therapie zufrieden und brechen aus diesem Grund ab.
2. Die Eltern bzw. Jugendlichen sind mit der Therapie unzufrieden und brechen deshalb ab.

In einer Befragung der VAKJP (Vereinigung Analytischer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten e.V.) zur Dauer und Frequenz analytischer Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen wurden die Therapeuten befragt nach dem Grund des Therapieabschlusses. Es gaben „knapp 40 % an, dass der Grund für die Beendigung war, dass die Kassenstunden aufgebraucht waren. 43 % der Behandlungen wurden im Einvernehmen mit den Patienten beendet und nur 7 % der Therapien wurden vorzeitig abgebrochen.“ (Hirschmüller u.a., 1997, S. 26)

In der bereits erwähnten Heidelberger Studie von Kronmüller, Fahrig u.a. heißt es: „Zur vorzeitigen Beendigung kam es bei 25 Behandlungsfällen (18,8%). Wobei in 19 Fällen (14,3%) die Behandlung seitens der Patienten abgebrochen wurde. Diese Therapieabbrecher wurden in die Berechnungen des Therapieerfolges mit einbezogen.“ (Fahrig u.a. 1996, S. 380)

Im TEST ALS erhöht sich der Rohwert der Therapieabbrecher vom ersten bis zum letzten Test um 0,75. Der Rohwert der U-Gruppe erhöht sich um 12,05, der der Kontrollgruppe um 14,0. Insgesamt ist der letzte Wert der „Abbrecher“ deutlich niedriger als der Wert der anderen beiden Gruppen. Das bedeutet: Diese haben bei Therapie ein weitaus niedrigeres Selbstwertgefühl, das weit unterhalb der „Norm“ liegt.

Im TEST GBB liegen die Eingangswerte der Kontrollgruppe (Beschwerdedruck) deutlich höher als die der U- und A-Gruppe. Die Abbrecher haben einen ähnlich hohen Beschwerdedruck bei Katamnese (28,0 Elternwert) wie die unbehandelte Kontrollgruppe (28,7 Elternwert), die U-Gruppe liegt bei 20,01 (Elternwert).

Die Werte der Kinder unterscheiden sich nicht. Diese Werte bedeuten, dass die Eltern der Kinder, für die die Therapeuten angeben, die Therapie sei aus ihrer Sicht abgebrochen worden, bei Abbruch einen erhöhten Beschwerdedruck an.

Im Test MVL unterscheiden sich die Eingangs- und Ausgangswerte zwischen U-Gruppe und A-Gruppe nicht bzw. kaum.

Zusammengefasst lässt sich aufgrund dieser Untersuchung festhalten, dass hier die Abbrecher ein niedrigeres Selbstwertgefühl haben und aus Sicht der Eltern auch einen höheren körperlichen Beschwerdedruck.

Wie weiter unten dargestellt, unterscheiden sich auch beim Baum-Zeichentest die Abbrecher von der Untersuchungsgruppe, die die Therapie regulär beendet hat. Erstere verzeichnen keine signifikanten Ergebnisse auf, genauso wenig wie die Kontrollgruppe. Die Untersuchungsgruppe mit beendeter Therapie zeigt signifikante Resultate.

Es lässt sich aus den dargestellten Ergebnissen die Schlussfolgerung ziehen, dass eine Unterscheidung der Untersuchungsgruppe in „regulär beendet“ und „Therapie abgebrochen“ angemessen ist.

14. Zur Frage der Altersabhängigkeit der Ergebnisse, dargestellt am Test ALS

Ausgangspunkt für diese Fragestellung war die Tatsache, dass der MVL nur eingesetzt wurde für die 9-12-jährigen Kinder. Somit fielen die Jugendlichen beim Test MVL heraus. Diese sind aber in einem besonders schwierigen und kritischen Alter.

Zudem finden sich in der Literatur eher Hinweise, dass die Therapie besonders erfolgversprechend ist für das Alter zwischen ca. 10-12 Jahren.

Es ergab sich somit die Frage, ob der MVL bessere Resultate in der Gruppe der behandelten Kinder zeigt, weil die eher „schwierigen“ Jugendlichen dort nicht erfasst werden.

Soll generell die Altersabhängigkeit des Therapieerfolges getestet werden, kommen mehrere Faktoren ins Spiel:

- Alter bei Beginn der Therapie
- Alter bei Ende der Therapie
- Therapiedauer

Um hier eine fundierte Aussage zumachen, müssten diese Faktoren zumindest gruppiert konstant gehalten werden. D.h. man müsste etwa die Therapieerfolge der Gruppen junger, mittlerer, älterer Beginner mit kurzer, mittlerer, langer Therapiedauer und hiermit in Verbindung junges, mittleres und höheres Alter bei Therapieende betrachten. Angesichts der geringen Fallzahl, erscheint dies in diesem Fall aber wenig praktikabel bzw. sinnvoll.

Im Folgenden wird der Frage nachgegangen, ob sich bei Ausschluss der 'zu alten' Probanden die Relation von Untersuchungsgruppe zur Kontrollgruppe ähnlich verhält wie beim MVL. Hier zeigten sich signifikante Ergebnisse in der Untersuchungsgruppe, nicht aber in der Kontrollgruppe.

Es wurde für diese Untersuchung eine Trennung der Probanden anhand des Alters bei Katamnese vorgenommen, sodass innerhalb der Testgruppen die Subgruppen der 'bis 12 Jährigen' mit denen der 'ab 13 Jährigen' verglichen werden können.

Hierbei ergibt sich folgendes Bild:

Tab. 14-1: ALS-Veränderungen Anamnese-Katamnese mit Altersgruppen-Trennung

Non-Parametrische Tests für verbundene Paare	Art Signifikanz Befund	Therapie-Abbrecher bis 12 Jahre (n=3)	Therapie-Abbrecher ab 13 Jahre (n=5)	regulär beendet bis 12 Jahre (n=10)	regulär beendet ab 13 Jahre (n=8)	Kontroll-Gruppe bis 12 Jahre (n=11)	Kontroll-Gruppe ab 13 Jahre (n=4)
Wilcoxon Matched-Pairs Signed-Ranks Test	2-Tailed P	0,1797	0,1573	0,4795	0,0455	0,1573	0,3173
Sign Test	(Binomial) Exact 2-Tailed P	0,5000	0,5000	1,0000	0,1250	0,5000	n.e.
Marginal Homogeneity	Asymptotic Significance 2-Tailed P	0,1797	0,1573	0,4795	0,0455	0,1573	0,3173
McNemar Test (Vier-Felder Anordnung durch Gruppierung)	(Binomial) Exact 2-Tailed P	1,0000	1,0000	1,0000	0,5000	1,0000	1,0000

n.e. = nicht von SPSS errechnet

Tab.14-2: ALS-Veränderungen Anamnese-Katamnese ohne Altersgruppen-Trennung

Non-parametrische Tests für verbundene Paare	Art Signifikanz Befund	Therapie-Abbrecher (n=8)	Therapie regulär beendet (n=18)	Kontroll- Gruppe (n=15)
Wilcoxon Matched-Pairs Signed-Ranks Test	2-Tailed P	0,7055	0,0833*	0,0833*
Vorzeichen (Sign) Test	(Binomial) Exact 2-Tailed P	1,0000	0,1797	0,2500
Marginal Homogeneity	Asymptotic Significance 2-Tailed P	0,7055	0,0833*	0,0833*
McNemar Test (Vier-Felder Anordnung durch Gruppierung)	(Binomial) Exact 2-Tailed P	1,0000	0,2500	1,0000

* Bei zweiseitigen Test und Befunden mit Wahrscheinlichkeiten kleiner als 10% ($P < 0,10$) können die dem Test zugrundeliegenden Nullhypothesen zurückgewiesen werden (entspricht der Bedingung $P < 0,05$ bei einseitigen Tests).

Damit ist z.T. eine ähnliche Relation zur Kontrollgruppe wie beim MVL entstanden! Während die Untersuchungsgruppe signifikante Verbesserungen aufzeigt, sind diese bei der Kontrollgruppe nicht festzustellen.

Allerdings nicht beim Vergleich der unter 13jährigen mit regulär abgeschlossener Therapie gegenüber der gleich alten Kontrollgruppe, sondern bei der Gruppe der älter als 13jährigen (n=8) mit regulär abgeschlossener Therapie gegenüber der gleich alten Kontrollgruppe (n=4).

Dies mag als Hinweis auf eine Altersabhängigkeit von Therapieerfolgen interpretierbar sein, es sei aber deutlich darauf hingewiesen, dass diese Resultate - gerade durch die Miteinbeziehung der Altersgruppierung - auf der Basis einer weiter ausgedünnten Datenbasis beruhen und in zweierlei Hinsicht als kritisch zu betrachten sind. Eine schlüssige Aussage im Hinblick auf "Therapieerfolge" erscheint genauso wenig möglich, wie in bezug auf die Altersabhängigkeit.

Wenngleich die Gruppe der älter als 13-Jährigen mit regulär abgeschlossener Therapie signifikante Ergebnisse bei zwei der vier hier eingesetzten Verfahren aufweist, (bei den anderen nicht), kann nicht sicher davon ausgegangen werden, dass diese nicht auf Artefakten beruhen.

So besteht z.B. die Möglichkeit, dass bei einer alternativen Trennung der Altersgruppen die Ergebnisse anders ausfallen, oder wie bereits früher thematisiert weitere – bisher nicht beachtete oder erhobene - Faktoren einen verschleiernenden Einfluss auf die Ergebnisse haben.

Ein Hinweis auf die Altersabhängigkeit der Therapieergebnisse beim ALS wurde bereits unter 11.2.3 Drittvariablenkontrollen aufgezeigt. Demnach sind Kinder mit Verbesserungen durchschnittlich älter als die unveränderte bzw. sich verschlechternde Gruppe. Dies gilt allerdings nur für die Gesamtskala. Bei der Betrachtung der einzelnen Subskalen zeigt sich ein durchaus uneinheitliches Bild, so dass letztlich nicht sicher davon auszugehen ist, dass das Alter für einen Therapieerfolg von zentraler Bedeutung ist. Aufgrund der extrem geringen Fallzahlen bei differenzierten Betrachtungen und der damit verbundenen Problematik der Beurteilung der Ergebnisse, kann nicht "sicher" von einem substanziellen Hintergrund ausgegangen werden.

15. Zur Frage des möglichen Einflusses des Geschlechts auf die Ergebnisse, dargestellt am Test ALS

Möglicher Einfluss des Geschlechts

Als bisher nicht betrachteter Faktor sei hier auf den Einfluss des Geschlechts der Probanden hingewiesen. Beim t-test zum Vergleich geschlechtsspezifischer Altersmittelwerte zeigen sich bemerkenswerte Unterschiede in der Gruppe derer, die die Therapie regulär beendet haben, sowie bei der Gesamtgruppe. In diesen beiden Gruppen sind die weiblichen Probanden durchschnittlich signifikant älter als die männlichen.

Damit besteht zunächst die Möglichkeit, dass die vermeintliche Altersabhängigkeit der ALS-Therapieerfolge mit der Geschlechtsverteilung in Verbindung steht. Eine Überprüfung im Hinblick auf den singulären Einfluss des Geschlechtes ergibt allerdings, dass keinerlei Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Probanden festzustellen sind. Werden die nonparametischen Tests für verbundene Paare getrennt nach den Subgruppen weiblich und männlich durchgeführt, ergibt sich dennoch kein Therapieeffekt im Sinne eines signifikanten Ergebnisses (vgl. Tab.15-2).

Tab.15-1: ALS Altersmittelwerte

Therapie-Abbrecher	
	Altersmittelwert
männlich (5)	12,60
weiblich (3)	15,67
	p = 0,211
Therapie regulär beendet	
	Altersmittelwert
männlich (10)	12,10
weiblich (8)	14,13
	p = 0,065
Kontroll- Gruppe	
	Altersmittelwert
männlich (9)	11,44
weiblich (6)	11,67
	p = 0,821
Gesamt	
	Altersmittelwert
männlich (24)	11,96
weiblich (17)	13,53
	p = 0,048

Tab.15-2: ALS-Veränderungen Anamnese-Katamnese mit Geschlechtsgruppen-Trennung

Non-Parametrische Tests für verbundene Paare	Art Signifikanz Befund	Therapie-Abbrecher weiblich (n=3)	Therapie-Abbrecher männlich (n=5)	regulär beendet weiblich (n=8)	regulär beendet männlich (n=10)	Kontroll-Gruppe weiblich (n=6)	Kontroll-Gruppe männlich (n=9)
Wilcoxon Matched-Pairs Signed-Ranks Test	2-Tailed P	,1573	,1797	,3173	,1573	,1573	,3173
Sign Test	(Binomial) Exact 2-Tailed P	,5000	,5000	,6250	,3750	,5000	n.e.
Marginal Homogeneity	Asymptotic Significance 2-Tailed P	,1573	,1797	,3173	,1573	,1573	,3173
McNemar Test (Vier-Felder Anordnung durch Gruppierung)	(Binomial) Exact 2-Tailed P	1,0000	1,0000	1,0000	,5000	1,0000	1,0000

n.e. = nicht von SPSS errechnet

Eine gleichzeitige Berücksichtigung von Alter und Geschlecht der Probanden bei der Durchführung der T-Tests zum Anamnese-Katamnesevergleich würde auf noch geringeren Fallzahlen pro Vergleichsgruppe basieren müssen:

Tab- 15-3: ALS Verteilung der Altersgruppen

Gruppen-besetzung	Therapie-Abbrecher		regulär beendet		Kontroll- Gruppe	
	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich
Bis 12 Jahre	0	3	2	8	4	7
13 Jahre und älter	3	2	6	2	2	2

In der Gruppe der Probanden, die die Therapie regulär beendet haben, wären bei den maximal 12jährigen 2 weibliche mit 8 männlichen und bei den älter als 12jährigen 6 weibliche mit 2 männlichen Probanden zu vergleichen.

Diese Fallzahlen sind - selbst wenn non-parametrische Verfahren anwendbar wären – sehr gering und legen eher eine kasuistische Betrachtung nahe.

Aufgrund der für komplexere Analysen unzureichenden Datenbasis bleiben signifikanz-statistische Aussagen damit prekär. Nur eine deskriptive Interpretation erscheint sinnvoll möglich.

16. Varianzanalysen für GBB, MVL und ALS

Um eine eindeutige Interpretation der Gruppen-Variablen im Hinblick auf die Effekte der Therapie zu gewährleisten, wurden Varianzanalysen mit Messwiederholungen durchgeführt. Dabei wurde die Gruppe der Abbrecher (jeweils $n = 8$ bei GBB und ALS; $n = 4$ beim MVL) aus der Betrachtung ausgeschlossen, so dass bei allen unten genannten Analysen nur die Untersuchungsgruppe und die Kontrollgruppe betrachtet wurden.

In einem ersten Schritt wurden die Voraussetzungen für Varianzanalysen mittels Tests zur Normalverteilung und zur Varianzhomogenität durchgeführt. Anschließend erfolgten einfaktorielle Varianzanalysen mit Messwiederholungen, wobei als abhängige Variablen die Rohwerte der Skalen zum Testzeitpunkt (Vorher/Nachher) als Within-Subjects-Faktor (Variation innerhalb der Testzeitpunkte) und die Gruppenvariable (Untersuchungsgruppe vs. Kontrollgruppe) als Between-Subjects-Faktor (Variation zwischen den Gruppen) betrachtet wurden.

GBB – Kinder

Tab. 16-1 GBB Kinder Normalverteilung und Varianzhomogenität

GBB-Kinder Test-Normalverteilung				
	df	K-S (Lilliefors)	Shapiro-Wilks	
Gesamt	66	> ,2000	(df > 50)*	(n.s.)
Gruppen				
Regulär beendet	36	> ,2000	,3365	(n.s.)
Kontrollgruppe	30	> ,2000	,4726	(n.s.)
Testzeitpunkt				
Anamnese	33	> ,2000	,2985	(n.s.)
Katamnese	33	0,036	,0500	(n.s.)
Test-Varianzhomogenität				
	Levene	df1	df2	Significance
Gruppen	0,0015	1	64	,9692 (n.s.)
Testzeitpunkt	3,6275	1	64	,0613 (n.s.)

*wird nicht berechnet wenn Freiheitsgrade (df) > 50

Die Verteilung der Skalenwerte ist insgesamt, innerhalb der Gruppen, sowie zum Testzeitpunkt der Anamnese annähernd normalverteilt. Zum Zeitpunkt der Katamnese kann dies bezweifelt werden, da hier das zur Entscheidung gewählte Signifikanzniveau genau getroffen wird. Die Varianzen sind jeweils homogen.

Tab. 16-2 GBB Kinder Varianzanalyse mit Messwiederholungen

GBB-Kinder Varianzanalyse mit Messwiederholungen					
Tests of Between-Subjects Effects.					
	SS	DF	MS	F	Sig of F
WITHIN CELLS	17973,42	31	579,79		
GRUPPE	43,06	1	43,06	0,07	,787 (n.s.)
Tests involving 'TESTTIME' Within-Subject Effect.					
	SS	DF	MS	F	Sig of F
WITHIN CELLS	4138,67	31	133,51		
ZEIT	261,82	1	261,82	1,96	,171 (n.s.)
GRUPPE BY ZEIT	29,09	1	29,09	0,22	,644 (n.s.)
Effect Size Measures and Observed Power at the ,0500 Level					
	Partial ETA Sqd	Noncentrality	Power	% erklärte Varianz	
GRUPPE	0,00239	,07427	,049	0,24	
ZEIT	0,05950	1,96111	,273	5,95	
GRUPPE BY ZEIT	0,00698	,21790	,056	0,70	

Es ist kein statistisch signifikanter Gruppenunterschied festzustellen. Auch in bezug auf den Faktor Zeit, sowie in bezug auf die Wechselwirkung von Gruppenzugehörigkeit und Testzeitpunkt lassen sich keine Unterschiede erkennen.

Lediglich 5,95% der Varianz der Rohwerte werden durch den Faktor Zeit erklärt.

GBB – Eltern

Tab. 16-3 GBB Eltern Normalverteilung und Varianzhomogenität

GBB-Eltern				
Test-Normalverteilung				
	df	K-S (Lilliefors)	Shapiro-Wilks	
Gesamt	65	> ,2000	(df > 50)	(n.s.)
Gruppen				
Regulär beendet	35	0,1501	,3140	(n.s.)
Kontrollgruppe	30	> ,2000	,3331	(n.s.)
Testzeitpunkt				
Anamnese	32	> ,2000	,6554	(n.s.)
Katamnese	33	0,0206	< ,0100	(sig.)
Test-Varianzhomogenität				
	Levene	df1	df2	Significance
Gruppen	1,1409	1	63	,2895 (n.s.)
Testzeitpunkt	0,3934	1	63	,5328 (n.s.)

*wird nicht berechnet wenn Freiheitsgrade (df) > 50

Die Verteilung der Skalenwerte ist insgesamt, innerhalb der Gruppen, sowie zum Testzeitpunkt der Anamnese annähernd normalverteilt. Zum Zeitpunkt der Katamnese kann die Normalverteilungsannahme nicht aufrechterhalten werden.

Die Varianzen sind jeweils homogen.

Tab. 16-4 GBB Eltern Varianzanalyse mit Messwiederholungen

GBB-Eltern					
Varianzanalyse mit Messwiederholungen					
Tests of Between-Subjects Effects.					
	SS	DF	MS	F	Sig of F
WITHIN CELLS	12134,1	30	404,47		
GRUPPE	601,84	1	601,84	1,49	,232 (n.s.)
Tests involving 'TESTTIME' Within-Subject Effect.					
	SS	DF	MS	F	Sig of F
WITHIN CELLS	1508,24	30	50,27		
ZEIT	497,7	1	497,70	9,90	,004 (sig.)
GRUPPE BY ZEIT	40,2	1	40,20	0,80	,378 (n.s.)
Effect Size Measures and Observed Power at the ,0500 Level					
	Partial ETA Sqd	Noncentrality	Power	% erklärte Varianz	
GRUPPE	0,04725	1,48796	,217	4,73	
ZEIT	0,24811	9,89969	,860	24,81	
GRUPPE BY ZEIT	0,02596	,79965	,162	2,60	

Es ist kein statistisch signifikanter Gruppenunterschied festzustellen. Signifikant ist dagegen der Unterschied zwischen den Messwiederholungen (Anamnese/Katamnese). In bezug auf die Wechselwirkung von Gruppenzugehörigkeit und Testzeitpunkt lassen sich wiederum keine Unterschiede erkennen.

24,81% der Varianz der Rohwerte werden durch den Faktor Zeit erklärt.

MVL GBB – Kinder

Tab. 16-5 MVL Normalverteilung und Varianzhomogenität

MVL				
Test-Normalverteilung				
	df	K-S (Lilliefors)	Shapiro-Wilks	(sig.)
Gesamt	50	> ,2000	,0300	(sig.)
Gruppen				
regulär beendet	26	,1872	,0634	(n.s.)
Kontrollgruppe	24	> ,2000	,5048	(n.s.)
Testzeitpunkt				
Anamnese	25	> ,2000	,4576	(n.s.)
Katamnese	25	,0819	,0502	(n.s.)
Test-Varianzhomogenität				
	Levene	df1	df2	Significance
Gruppen	0,6005	1	48	,4422 (n.s.)
Testzeitpunkt	0,1059	1	48	,7462 (n.s.)

Werden die Skalenwerte ohne die Differenzierung nach Gruppen bzw. Testzeitpunkt betrachtet, kann die Normalverteilungsannahmen nicht aufrechterhalten werden. Die Verteilung der Skalenwerte innerhalb der Gruppen sowie zu den jeweiligen Testzeitpunkten ist annähernd normalverteilt. Die Varianzen sind jeweils homogen.

Tab. 16-6 MVL Varianzanalyse mit Messwiederholungen

MVL					
Varianzanalyse mit Messwiederholungen					
Tests of Between-Subjects Effects.					
	SS	DF	MS	F	Sig of F
WITHIN CELLS	20981,74	23	912,25		
GRUPPE	5298,98	1	5298,98	5,81	,024 (sig.)
Tests involving 'TESTTIME' Within-Subject Effect.					
	SS	DF	MS	F	Sig of F
WITHIN CELLS	3734	23	162,35		
ZEIT	4512,88	1	4512,88	27,80	,000 (sig.)
GRUPPE BY ZEIT	391,28	1	391,28	2,41	,134 (n.s.)
Effect Size Measures and Observed Power at the ,0500 Level					
	Partial ETA Sqd	Noncentrality	Power	% erklärte Varianz	
GRUPPE	0,20163	5,80870	0,634	20,16	
ZEIT	0,54722	27,7976	0,999	54,72	
GRUPPE BY ZEIT	0,09485	2,41016	0,319	9,49	

Es ist ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen festzustellen. Gleichfalls signifikant ist der Unterschied zwischen den Messwiederholungen (Anamnese/Katamnese), während in Bezug auf die Wechselwirkung von Gruppenzugehörigkeit und Testzeitpunkt wiederum keine Unterschiede zu erkennen sind.

54,72% der Varianz der Rohwerte werden durch den Faktor Zeit erklärt, während 20,16% der Varianz durch den Faktor der Gruppenzugehörigkeit erklärt werden.

ALS

Tab. 16-7 ALS Normalverteilung und Varianzhomogenität

ALS				
Test-Normalverteilung				
	df	K-S (Lilliefors)	Shapiro-Wilks	
Gesamt	66	> ,2000	(df > 50)	(n.s.)
Gruppen				
regulär beendet	36	> ,2000	,7000	(n.s.)
Kontrollgruppe	30	> ,2000	,3378	(n.s.)
Testzeitpunkt				
Anamnese	33	> ,2000	,9051	(n.s.)
Katamnese	33	> ,2000	,7178	(n.s.)
Test-Varianzhomogenität				
	Levene	df1	df2	Significance
Gruppen	0,117	1	64	,7334 (n.s.)
Testzeitpunkt	0,1574	1	64	,6929 (n.s.)

*wird nicht berechnet wenn Freiheitsgrade (df) > 50

Die Verteilung der Skalenwerte ist insgesamt, innerhalb der Gruppen, sowie zum jeweiligen Testzeitpunkt annähernd normalverteilt. Die Varianzen sind jeweils homogen.

Tab. 16-8 ALS Varianzanalyse mit Messwiederholungen

ALS					
Varianzanalyse mit Messwiederholungen					
Tests of Between-Subjects Effects.					
	SS	DF	MS	F	Sig of F
WITHIN CELLS	62481,01	31	2015,52		
GRUPPE	256,75	1	256,75	0,13	,724 (n.s.)
Tests involving 'TESTTIME' Within-Subject Effect.					
	SS	DF	MS	F	Sig of F
WITHIN CELLS	8868,47	31	286,08		
ZEIT	2777,29	1	2777,29	9,71	,004 (sig.)
GRUPPE BY ZEIT	15,47	1	15,47	0,05	,818 (n.s.)
Effect Size Measures and Observed Power at the ,0500 Level					
	Partial ETA Sqd	Noncentrality	Power	% erklärte Varianz	
GRUPPE	0,00409	0,12739	0,054	0,41	
ZEIT	0,23848	9,70808	0,854	23,85	
GRUPPE BY ZEIT	0,00174	0,05407	0,046	0,17	

Es ist kein statistisch signifikanter Gruppenunterschied festzustellen. Signifikant ist dagegen der Unterschied zwischen den Messwiederholungen (Anamnese/Katamnese). In Bezug auf die Wechselwirkung von Gruppenzugehörigkeit und Testzeitpunkt lassen sich wiederum keine Unterschiede erkennen.

23,85% der Varianz der Rohwerte werden durch den Faktor Zeit erklärt.

Tab. 16-8 Übersicht Varianzanalysen

Übersicht Varianzanalyse mit Messwiederholungen p (F)				
p (F)	GBB - Kinder	GBB - Eltern	MVL	ALS
GRUPPE	,787	,232	,024	,724
ZEIT	,171	,004	,000	,004
GRUPPE BY ZEIT	,644	,378	,134	,818

- Insgesamt weisen die Befunde der Varianzanalysen mit Messwiederholungen nur bei der MVL-Skala einen signifikanten Unterschied zwischen Untersuchungs- und Kontrollgruppe auf ($p = ,024$).
- Im Hinblick auf den Testzeitpunkt (Unterschied zwischen Anamnese und Katamnese) ergeben sich bei den Skalen GBB-Eltern, MVL und ALS signifikante Unterschiede.
- Der Einfluss einer Wechselwirkung zwischen Gruppenzugehörigkeit und Testzeitpunkt ist bei keiner Skala festzustellen.

Damit weisen die Befunde der Varianzanalyse mit Messwiederholungen im Hinblick auf Unterschiede zwischen Untersuchungs- und Kontrollgruppe eine vollständige Deckungsgleichheit mit den Befunden der nonparametrischen Tests auf.

Tab. 16-9 Vergleich Varianzanalysen und Nonparametrische Tests

Skala	Varianzanalyse mit Messwiederholungen		Wilcoxon Matched-Pairs Signed-Ranks Test 2-Tailed P	
	Signifikante Unterschiede zwischen Untersuchungs- und Kontrollgruppe	Between-Subject Effect p (F)	Therapie regulär beendet	Kontroll-Gruppe
GBB – Kinder	Nein	,787	,3396	,0164*
GBB – Eltern	Nein	,232	,0138*	,0152*
MVL	Ja	,024*	,0108*	,1936
ALS	Nein	,724	,0833*	,0833*

* signifikant

Auch bei den nonparametrischen Tests wurde lediglich bei der Skala zum MVL ein Unterschied zwischen Untersuchungs- und Kontrollgruppe festgestellt, der bei einer Wirksamkeit der Therapie zu erwarten gewesen wäre. So ist hier die Veränderung der Skala in der Untersuchungsgruppe (Therapie regulär beendet) signifikant, während eine signifikante Veränderung bei der Kontrollgruppe nicht gegeben ist.

Die zuvor durchgeführten t-Tests zeigen (in den Gesamtskalen) folgende, fast parallel gelagerte Ergebnisse:

Signifikante Verbesserungen im MVL (Untersuchungsgruppe) und im GBB Eltern (Untersuchungsgruppe). Keine signifikanten Verbesserungen im GBB Kinder (U+K), ebenso wenig im ALS (U +K) und auch nicht im GBB Kinder (U+K).

Die Befunde der Varianzanalysen mit Messwiederholungen ergeben einen signifikanten Unterschied zwischen Untersuchungs- und Kontrollgruppe bei der MVL-Skala, während bei den übrigen Skalen kein statistisch signifikanter Gruppenunterschied festzustellen ist.

Zur Verdeutlichung der Veränderungen innerhalb der Gruppen zwischen Anamnese und Katamnese vgl. die nachstehenden Boxplots.

Die Boxplots zu den Skalen GBB-Eltern und GBB-Kinder weisen für beide Testgruppen zum Therapieende Verbesserungen der Lage des Medians auf. Bei beiden Skalen ist zu beobachten, dass die Variation der Skalenwerte der Untersuchungsgruppe bei Therapieende geringer ist als bei Therapiebeginn, während dies bei der Kontrollgruppe umgekehrt der Fall ist. Hier ist die Variation der Skalenwerte bei Therapieende größer als zu Beginn der Therapie.

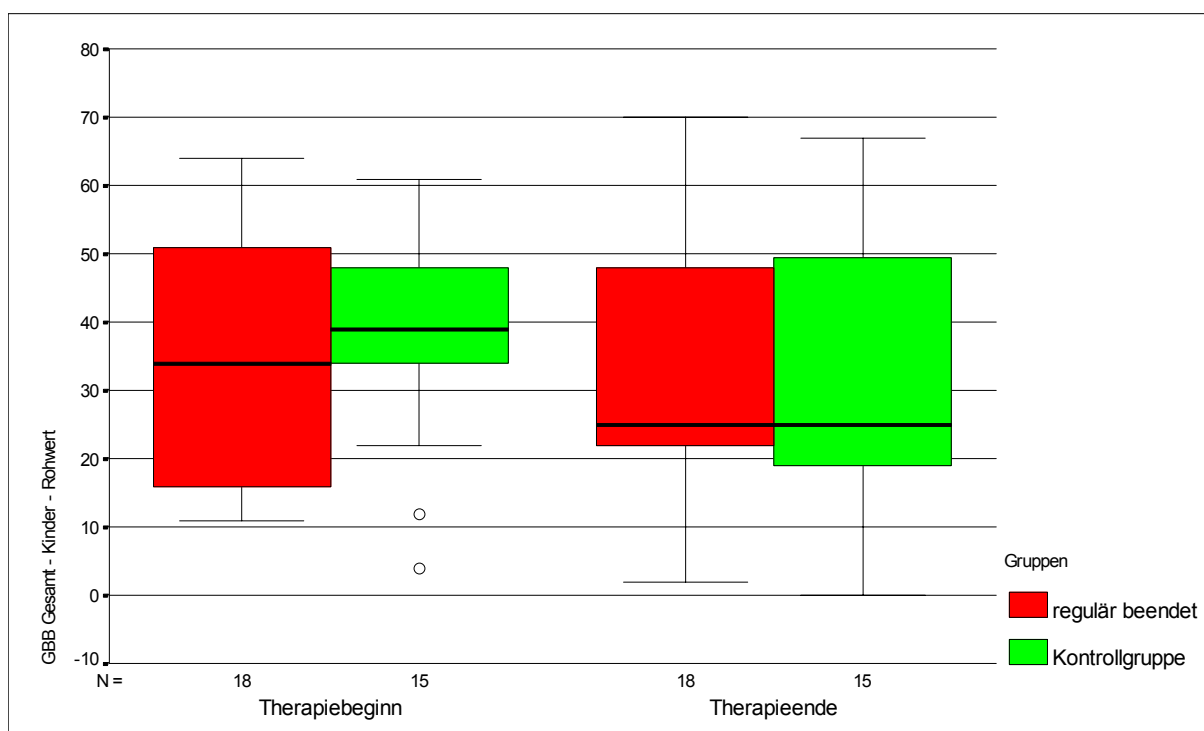
Der Boxplot zur ALS-Skala weist für beide untersuchten Gruppen Verbesserungen des Medians auf, wobei bemerkenswert ist, dass der Grad der Verbesserungen bei der Kontrollgruppe höher ausfällt, als bei der Untersuchungsgruppe. Hinsichtlich der Variation der Skalenwerte lässt sich wiederum feststellen, dass zum Ende der Therapie die Untersuchungsgruppe einer geringeren und die Kontrollgruppe eine größere Breite aufweist als zu Beginn der Therapie.

Auch im Boxplot zur MVL-Skala weisen die Mediane der Gruppen Verbesserungen der Skalenwerte beim Therapieende auf, wobei der Grad der Verbesserungen bei der Untersuchungsgruppe deutlich höher ausfällt, als bei der Kontrollgruppe. Auffällig ist zudem, dass die Variationsbreite der Skalenwerte bei der Untersuchungsgruppe zum Therapieende deutlich geringer ausfällt als bei Therapiebeginn, während die der Kontrollgruppe etwa gleich bleibt. Bemerkenswert ist außerdem, dass ca. 75% der Skalenwerte der Untersuchungsgruppe bei Therapieende unterhalb eines Wertes liegen, der von nur ca. 25% der Kontrollgruppe erreicht wird.

Gerade der Sachverhalt, dass sich die inneren 50% der Skalenwerte (um den Median) von Untersuchungsgruppe und Kontrollgruppe bei Therapieende beinahe nicht mehr überschneiden, deutet auf einen substanziellen Unterschied zwischen Untersuchungsgruppe und Kontrollgruppe zum Zeitpunkt des Therapieendes.

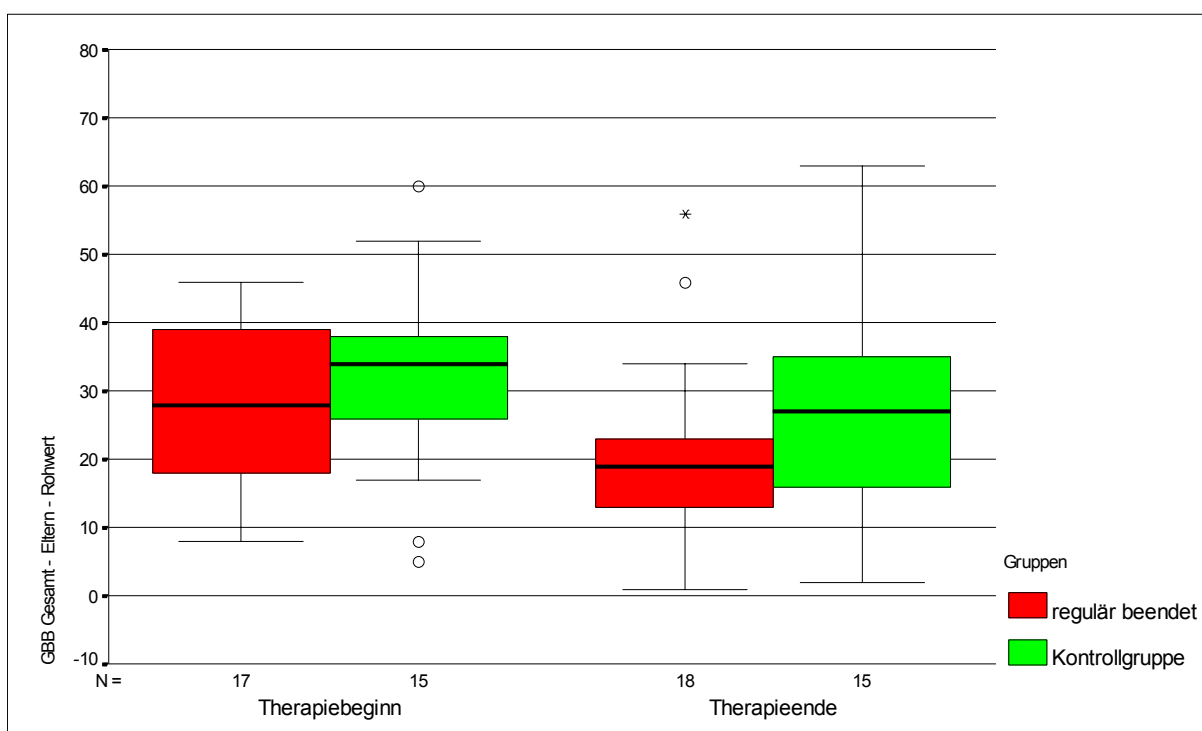
Boxplots * ohne Abbrecher

Abb. 16-1 GBB Kinder Boxplots



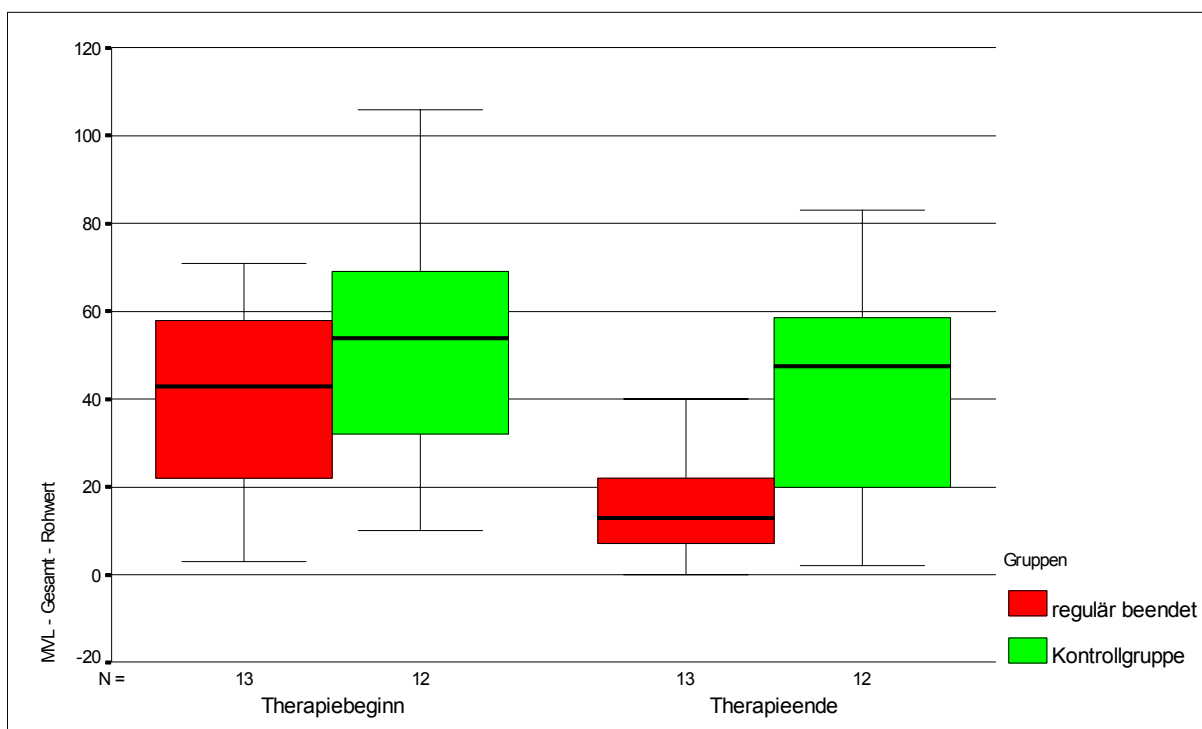
GBB-Gesamtskala – Kinder – Rohwert

Abb. 16-2 GBB Eltern Boxplots



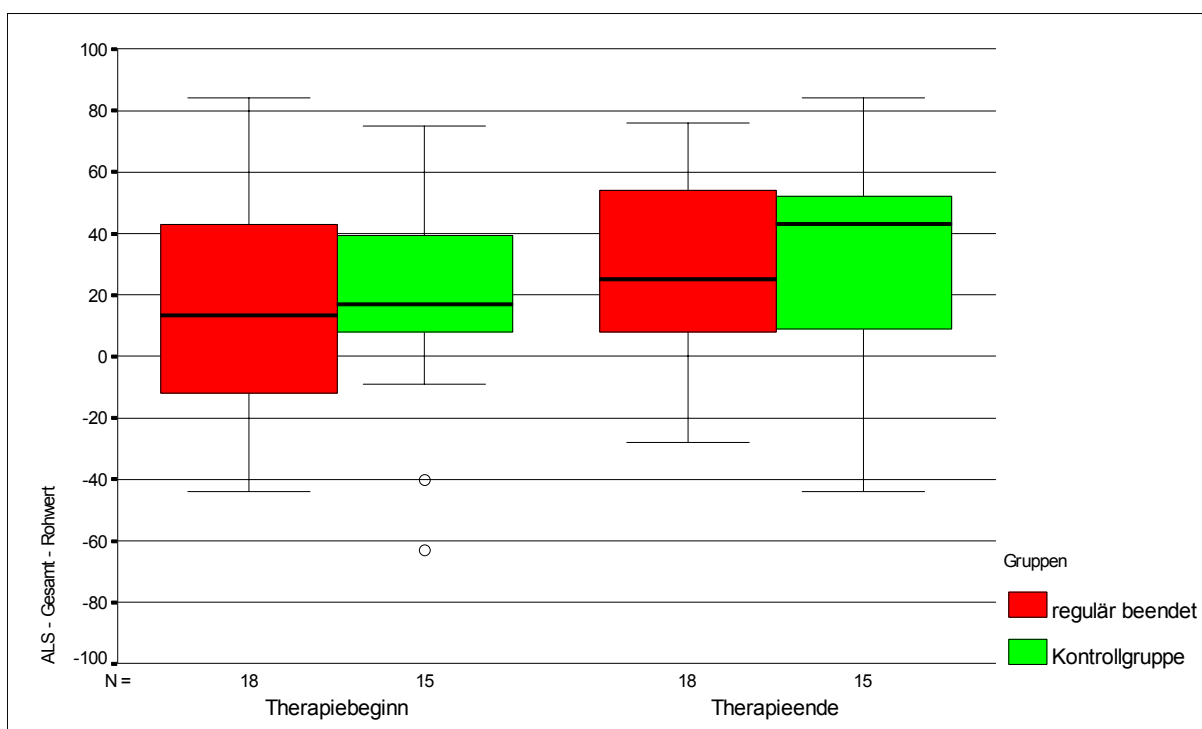
GBB-Gesamtskala – Eltern – Rohwert

Abb. 16-3 Boxplots MVL



MVL-Gesamtskala – Rohwert

Abb. 16-4 Boxplots ALS



ALS-Gesamtskala – Rohwert

Die Varianzanalyse wurde im Hinblick auf den Faktor Gruppenzugehörigkeit und im Hinblick auf den Faktor Zeit durchgeführt.

Bei der Skala GBB Kinder haben weder die Zeit, noch die Gruppenzugehörigkeit einen erkennbaren Einfluss auf die Skalenwerte. Bei den Skalen ALS und GBB Eltern wirkt sich nur der Faktor Zeit, nicht aber die Gruppenzugehörigkeit auf die Skalenwerte aus. Nur beim MVL scheint die Therapie einen Einfluss auf die Veränderung der Skalenwerte zu haben. Aber auch hier wird durch den Faktor Zeit der größere Teil der Variation der Skalenwerte erklärt. Der Anteil der durch die Zeit erklärten Varianz beträgt bei ALS- und GBB-Eltern jeweils grob ca. 25%, während beim MVL beinahe 55% durch die Zeit erklärt werden. Die Gruppenzugehörigkeit erklärt lediglich 20% der Variation. Wenngleich der Unterschied zwischen den Gruppen signifikant ist, scheint auch hier der Faktor von Zeit von großer Bedeutung zu sein.

Zusammenfassend lässt sich noch einmal sagen, dass die Varianzanalysen keine grundsätzlich anderen Aussagen zulassen als sie zuvor durchgeführten t-Tests und nonparametrischen Tests.

17. Auswertung des Baum-Zeichentests

17.1 Testbeschreibung

Der Baum-Zeichentest wurde von Karl Koch entwickelt, der ihn als „psychodiagnostisches Hilfsmittel“ bezeichnete und bekannt machte.

Koch selbst weist darauf hin, dass die Idee zu diesem Test im Grunde von einem Berufsberater, Emil Jucker aus der Schweiz, entwickelt wurde, und zwar bereits seit dem Jahr 1928.

Die Testsituation sei „eine denkbar günstige. Ein Blatt Papier, ein Bleistift und die Aufforderung: Zeichne einen Obstbaum!“ (Koch 1986, S. 23).

„Für die Baumzeichnung ist der Baum nichts anderes als der Projektionsträger, das Objekt, welches wie ein Spiegel ein Bild zurückwirft, welches hineinprojiziert wird... Die Projektionswand ‚Baum‘ besitzt einen mehr oder weniger starken Aufforderungscharakter und evoziert damit im Zeichner subjektiv geformte Ausdruckserscheinungen, Bilder, die sich mit dem Objekt verschmelzen... Die Projektion des Innern nach außen ist keine Angelegenheit des bewussten Wollens. Gewollt wird eigentlich nur die Darstellung des Objektes ... Die Projektion ist trotzdem nicht willentlich, sondern sie passiert, sie geschieht.“ (Koch 1986, S. 25). Ursula Ave-Lallement beschäftigte sich nach Koch mit dem Baum-Test, ihre Ausführungen zu diesem Thema und ihre Veröffentlichungen sind unter den Psychotherapeuten hinlänglich bekannt. Weitere Ausführung zur Thematik des Baumtests würden den Rahmen dieser Arbeit sprengen und sind der im Anhang aufgeführten Literatur zu entnehmen.

So wie auch bereits Emil Jucker vor mehr als 70 Jahren hat auch der Berufsberater und Psychologe Dr. Christian Hammon aus Augsburg sich im Laufe der Jahre intensiv mit diesem Test befasst.

In seinem Buch „Die psychodiagnostische Baumzeichnung“ werden Zugangswege zu einer systematischen Bildanalyse aufgezeigt und verschiedene diagnostische Ebenen mit ihren Deutungs- und Interpretationsmöglichkeiten voneinander abgehoben.“

Aus diesem Grund wurde er als Experte gebeten, die vorliegenden Baumzeichnungen der Patienten zu beurteilen.

17.2 Statistische Auswertung

Der Rater bekam von jedem Patienten eine Baumzeichnung zum ersten und zum letzten Testzeitpunkt.

Ihm war nicht bekannt, ob der Patient zur Kontroll- oder zur Untersuchungsgruppe gehörte. Bekannt war ihm das Alter zu den jeweiligen Testzeitpunkten. Dies bedeutet, dass er die Baumzeichnungen in einem Blindversuch auswertete.

Anschließend wurden die Ergebnisse des Ratings wieder den drei verschiedenen Gruppen zugeordnet, sodass sich als erstes Ergebnis, noch ohne statistische weitere Bearbeitung des Materials, folgendes Bild zeigen konnte:

Tabelle 17-1:Auswertung der Baum-Zeichnungen im Hinblick auf prozentuale Verteilung

	besser	schlechter	gleich
U-Gruppe	15 = 57,69%	7 = 26,92%	4 = 15,38%
K-Gruppe	6 = 39,99%	9 = 59,99%	0 = 0,00%
Gesamt			
U-Gruppe Abbrecher	3 = 37,50%	3 = 37,50%	2 = 25,00%
U-Gruppe Reg.beendet	12 = 66,66%	4 = 22,22%	2 = 11,11%

„Die Einschätzung nach positiver/negativer/gleich ist ausdrücklich nach den Bäumen und nicht nach Psychotherapieerfolg oder wirklicher Entwicklung der Patienten vorgenommen. Dies lässt sich ausschließlich aus dem Kontext erschließen, in dem die Baumzeichnungen zu stellen sind. Die Einschätzungen sind auf keinen Fall Diagnosen, sondern nur Hinweise und Hypothesen, denen es nachzugehen gilt.

Als positiver wurde gewertet, wenn ein Baum organischer gezeichnet wurde, weniger manifeste Störzeichen hatte, einen besseren Kronenansatz aufwies, Verbesserungen in der Basis zu erkennen waren oder/und der Strich sicherer wurde. Auch Kompensationszeichen wurden manchmal positiver gedeutet, als manifeste Störungen, da auch die Anpassungsbemühungen von verhaltensauffälligen Kindern positiv konnotiert werden sollten.“ (Anmerkungen von Dr. Christian Hammon zu der von ihm vorgenommenen Auswertung).

Es ist schon auf den ersten Blick offensichtlich, dass in der Untersuchungsgruppe der prozentuale Anteil der Verbesserungen deutlich höher liegt als der in der Kontrollgruppe.

17.2.1 Beurteilung der Zeichnungen durch einen Rater

ID	Gruppe	Alter Anf./ Ende	Bewertung	Veränderung der Baummerkmale	Veränderung der vermuteten Persönlichkeitsmerkmale
12	Abgebrochen	14,7 J. / 17 J.	positiver	Aus einem symmetrischen Baum mit z.T. organisch wirkenden Ästen, aber ohne echten Kronenansatz (an dieser Stelle sitzt das Nest) und einer eher festen Kronenhaut → wird ein lebendigerer Baum mit Strichästen, der im Grunde die stützende Leiter nicht notwendig hätte, der aber auch weiterhin keinen echten Kronenansatz aufweist. Der Strich wandelt sich von gefühlshaft tonig, zu sensibel-zart bis rational- fest.	Verlust der Geborgenheit? Persönlichkeitsentwicklung ist auch weiterhin Thema. Lockerer und weniger Schutzbedürfnisse (Kronenhaut). Zukunftsorientierter? (rechtsläufige Äste) und das Bedürfnis nach Halt (Leiter)?
13	Abgebrochen	15,2 J./ 16,1 J.	negativer	Aus einer lebendigen Baumgestalt mit Kronenansatz → wird eine stereotype symmetrische Baumgestalt, die "nicht aus unserer Welt" ist.	Kompensatorische Ordnungstendenzen im Rahmen einer Entwicklungskrise? Gleichzeitig verbunden mit Flucht- und Ausweichtendenzen (Palme)?
17	Abgebrochen	8,9 J. / 10,5 J.	negativer	Aus einer kompensatorischen Ordnung (breite Stammbasis, betonte Kontur), die eine innere Unordnung birgt, → zu einem hohen Maß an Formauflösung	Affektive Überschwemmung? Dekompensation? Entwicklungskrise mit Anpassungsstörungen?
23	Abgebrochen	15,8 J. / 17,9 J.	positiver	Aus einem auf den ersten Blick harmonischen Baum mit einer sehr lockeren bis zerböckelten Krone und affektiv gedunkeltem Stamm, dessen Abgrenzung zu schwach ist, wird ein sehr ähnlicher Baum, der aber einen besser abgegrenzten Stamm und eine fülligere Krone aufweist, auch wenn sich jetzt in der Krone mehr gefühlsbetonte, tonige Striche befinden	Besser abgegrenzt? Affektivität besser unter Kontrolle? Ablösung (Wurzelthematik) mehr ein Thema?
26	Abgebrochen	11,2 J. / 12,2 J.	gleich	Statt der ausdrücklich verschlossenen Kronenhaut → jetzt überbreite Stammbasis, sonst keine Änderung	Statt Verslossenheit jetzt Haltsuche?
28	Abgebrochen	9,7 J. / 9,10 J.	gleich	Beim zweiten Baum Basisverbreiterung und weniger Girlanden in der Krone; Strich ist emotional-toniger	
33	Abgebrochen	10,4 J. / 12,3 J.	positiver	Aus Baum mit Parallelstamm, mit adynamischen, nicht ausschwingenden Strichen gezeichnet, wird dynamischer gezeichneter Baum mit harmonischerem Stamm (das Loch darin ist nicht akzentuiert und dient - wie die Blätter beim ersten - der Bereicherung). Strichäste und Hohlanatz bleiben.	Dynamisierung, aber auch eine gewisse Ich-Aufblähung? In der Persönlichkeitsentwicklung und Strukturierungsfähigkeit aber noch nicht sonderlich weitergekommen?
38	Abgebrochen	12,6 J. / 13,1 J.	negativer	Aus Baum mit meist organischen und relativ gut angesetzten Ästen mit einer prospektiven Rechtsbetonung wird ein Baumausschnitt mit starken Linkstendenzen und anorganischen Formen, die unsicherer gezeichnet sind	Betonung und Störungen im Körper-Ich? (Stamm), Rückwendung und Abwendung von der Zukunft? (Linksorientierung)

2	Kontrollgruppe	10,8 J. / 11,12 J.	positiver	Aus Baum mit deformierter Krone und hängender Kronenhaut sowie einer zu schmalen Basis wird ein etwas zu stabiler Baum mit fixierend geschwärztem Loch, einer abgeflachten Krone und Auswüchsen.	Trotz Verbesserung noch eine Vielzahl an Störungen?
3	Kontrollgruppe	8,1 J. / 8,7 J.	negativer	Aus relativ reifem und differenzierten Baum (für das Alter) wird ein qualliger, deformierter, haltloser, suchend wirkender Baum mit einem Ableger (mehr Störzeichen im zweiten Baum als im ersten)	"blühende Symptomatik", vielleicht ist auch gestörte Mutter (ev. auch Vater) mit Kind dargestellt? Pathogene Familienverhältnisse?
5	Kontrollgruppe	12,3 J. / 12,11 J.	negativer	Aus linksschrägem Baum mit kelchförmiger Krone (Hohlansatz) und Strichästen mit sensiblen Verfeinerungen sowie einem emotional gefärbten Stamm wird ein ganz ähnlicher Baum, die Stammkonturen sind aber unsicherer gezeichnet und Tendenzen zu einem Lötansatz werden sichtbar	Verunsicherung durch Zuwendung?
9	Kontrollgruppe	12,5 J. / 13,1 J.	Negativer (trotz Verbesserung der Basis)	Aus relativ klar gegliedertem Baum, der affektiv gedunkelt ist, wird Baum mit schlecht strukturierter Krone (besonders links), wenig differenzierten Kronenansatz, schlechterer Raumaufteilung, aber einem zügig gezeichneten und gesund aussehenden Stamm.	Aktuelle Entwicklungsprobleme im Persönlichkeitsbereich? Strukturierungsprobleme?
10	Kontrollgruppe	11,5 J. / 13,1 J.	negativer	Stark vereinfachter Baum mit verschleifter Kronenlinie, leicht rechtslastig wird zu einem zerlösterem Baum mit Früchten, die frei im Raum schweben und einem ausgeprägten Ungleichgewicht rechts-oben	Eher regressive als progressive Tendenzen? bei gleichbleibender Bequemlichkeitshaltung? (Entwicklungskrise?)
18	Kontrollgruppe	9 J. / 10 J.	Positiver (trotz mancher Bedenken)	Aus raumsparendem, hochstrebenden Baum mit Astüberkreuzungen und durchwegs offenen Formen, z.T. mit unsicheren Linien gezeichnet, wird kleinere, mit sicheren Linien gut ins Blatt gesetzter Baum mit spitzen Zacken in der Krone, die größtenteils von einem Gewirr an Linien verdeckt werden.	Verstärkte Anpassungsbemühungen, aber auch verstärkter Anpassungsdruck? Z.T. verdeckte, reaktive Aggressionen?
21	Kontrollgruppe	10,9 J. / 11,10 J.	negativer	Aus zügig gezeichnetem Baum noch ohne Kronenansatz und z.T. keulenförmigen Ästen wird fremdländische Palme mit Nüssen und z.T. etwas unsicher gezeichneten Blättern	Ausweich- und Fluchttendenzen? Eine "harte Nuss?"
22	Kontrollgruppe	11,0 J. / 11,9 J.	Negativer (2. Baum am Ende nicht berücksichtigt)	Aus relativ differenziertem Baum mit z.T. unsicher gezeichneten Keulenästen und kleinen, aufgesetzten Ästchen wird ein Umriss- und Kugelbaum mit einigen Schlangenlinien in der Krone. Er wirkt entleert. Bei beiden Bäumen ist der linke Kronenbereich unterentwickelt	Unaggressive Abwehr? Kompensierte Unsicherheit?
24	Kontrollgruppe	9 J. / 10 J.	negativer	Stark nach innen orientierter, sich schützender, zweigeteilter Baum mit Vogel wird zu plumperen, jetzt außengewen-	Ausgeprägte Regression? Erstarrung als Folge der nichtbewältigten Außenwendung?

				deten Baum mit starren rechten Winkeln und fehlender Krone, der nervös abgesetzter Strich bleibt.	
25	Kontrollgruppe	9 J. / 10 J.	positiver	Aus unten abgeschnittenem Baum mit stereotypen Blättern und sehr dichter Krone wird entfalteterer Baum, altersgemäße Lötäste bleiben	
29	Kontrollgruppe	9,6 J. / 10,7 J.	negativer	Aus relativ differenziertem Baum mit altergemäßen Lötansatz, mit Verbesserungen (radieren), aber auch mit relativ wenig tragfähigem Stamm (Strichcharakter) Wird entleerter, unstrukturierter Umrissbaum, der die Zeichenfläche aber voll in Besitz nimmt.	Verstärkte Abwehrtendenzen und Verweigerung?
30	Kontrollgruppe	11,9 J. / 12 J.	positiver	Aus Baum mit Lockenkrone und z.T. etwas hängenden Formen, einem fallenden Blatt und massiven Querästen, mit Bereicherungstendenzen (Vogel, Nest) und einem etwas anthropomorphen Eindruck Wird ein sehr ähnlicher, aber klarerer Baum mit weniger hängenden Formen und keinen unorganischen Ästen am Stamm.	Geringere Sympptomatik?
31	Kontrollgruppe	8,7 J. / 9,5 J.	positiver	Aus Baum mit schmalen Stamm und ersten Ansätzen zum Kronenansatz, Strukturierungsproblemen und z.T. zaghaften Ästchen im Kronenbereich wird raumfüllender, sicherer gezeichneter Baum mit freischwebenden Früchten in der Krone	Mehr Sicherheit, aber auch Thematisierung der Geborgenheit und des Ursprungs (Wurzeln)
36	Kontrollgruppe	12,8 J. / 14,4 J.	positiver	Aus Baum mit Hohlsatz und überwertigem Liniengewirr wird ausgewogenerer Baum mit Lötansatz und einem betont verankerten Baum	Formbemühung vs. Chaos?
41	Kontrollgruppe	8,5 J. / 10,2 J.	negativer	Aus Lötstamm mit einer eher hängenden, rechtslastigen Krone wachsen eine Vielzahl aus unruhigen, z.T. unkoordinierten Ästen, die impulsiv die Kronenhaut durchbrechen. Daraus wird ein armselig und verschlossen wirkender Baum mit Lötstamm und Kugelkrone.	Medikamente?
1	Regulär beendet	8,10 J. / 12,1 J.	Negativer	Aus sehr druckstark gezeichnetem Baum mit Kugelkrone und unstrukturierten, fixierend geschwärztem Astgewirr wird Baum mit wenig tragfähigem, zart gezeichnetem Stamm, einer ausdrücklich verschlossenen, "vergitterten" und unsicher gezeichneten Krone.	Unsicherheit und Rückzug in der Vorpubertät?
4	Regulär beendet	10 J. / 13 J.	positiver	Aus unorganischem Baum mit Parallelstamm und ausdrücklich verschlossener Krone sowie Strichwurzeln wird ein Baum mit wildflammenden Ästen, die spitz und scharf eine lockige Kronenhaut durchstoßen. Der Stamm ist etwas unsicher gezeichnet und weist ein gedunkeltes Loch auf. Erste Anzeichen	Lebendiger, aber auch aggressiver? Vorpubertät?

				für Kronenansatz.	
6	Regulär beendet	14,7 J. / 15,3 J. (farbiger Baum Nicht be- Rücksich- tigt	positiver	Aus gut strukturiertem Baum, aber mit qualligen Formen, Stacheldraht am Stamm, konfabulatorischen Bereicherungen wird Baum mit klareren Strichen, der aber dramatisierend vor einer realeren, aber baumfeindlicheren Umgebung abgeschnitten wurde (nicht gebrochen!! ist).	Weiterhin gefährdetes Ich? (Stamm erst mit Stacheldraht, dann abgeschnitten); Schnitt mit der Verhangenheit (auch der Therapie?), der Neuanfang ermöglicht? Erste Ordungsversuche? (Geometrisierungen). Kompensation statt manifestem Symptom? Mehr Realitätskonzept?
7	Regulär beendet	9,11 J. / 12,2 J.	gleich	Aus Baum mit stark abgeflachter Krone mit Löchern darin wird ein etwas sensibler gezeichneter Baum, immer noch mit Löchern in der Krone. Diese ist zwar etwas entfalteter, dafür ist der Wurzelbereich unorganisch und z.T. druckstark betont, die Stammbasis kompensatorisch verbreitert. Ein Störzeichen wird durch das andere abgelöst.	Statt normativem Druck eine Abhängigkeit-/Unabhängigkeits- bzw. Selbstständigkeits- oder Mutterproblematik.
8	Regulär beendet	9,10 J. / 11,5 J.	positiver	Aus stark vereinfachtem, aber unsicher gezeichnetem Baum mit fixierend geschwärztem Nest und Kugelkrone wird sicherer gezeichneter Baum mit tragfähigerem Stamm, aber auch ausgeprägteren Schließungstendenzen und Erhöhungstendenzen.	Verbesserung der Basis? Geborgenheit nicht mehr so das Problem?
11	Regulär beendet	9,6 J. / 12,5 J.	positiver	Aus Baum mit betontem Lötansatz und rechtwinkligen Formen wird ein etwas organischer wirkender Baum, dessen Seitenäste besser angesetzt sind, dessen Krone etwas lockerer geworden ist und bei dem die blinden Wurzeln fehlen. Allerdings taucht jetzt ein deutlich fixiertes Astloch auf.	Etwas weiter entwickelt, wenngleich auch deutliche Regressionszeichen vorhanden sind und ein Trauma manifest wurde, das sich für eine weitere Behandlung anbieten würde.
14	Regulär beendet	11,3 J. / 12,9 J.	positiver	Aus einem Baum, der seinen Raum nicht ausnutzt und dessen Krone fixierend geschwärzt ist, wird ein sehr ähnlicher Baum ohne Notsignal	Normativer Druck (abgeflachte Krone) ist zwar noch vorhanden, schafft aber nicht so viel Leiden. Persönlichkeitsentwicklung ist noch nicht viel weiter.
15	Regulär beendet	14,4 J. / 16,8 J.	gleich	Aus Baum mit Darstellungs- und Bereicherungstendenzen (Vögel, Blumen, Wiese, zweiter Baum) rückt der Baum raumsprengend in den Vordergrund. Hauptmerkmale des Baumes sind unverändert.	Verstärkung der Ich-betonung? aber auch der Verbergeneigungen (Verschleifungen in der Krone)? ; Selbstgefälligkeit blüht (Blüten)? Sekundärer Narizssmus?
16	Regulär beendet	8,9 J. / 11,1 J.	positiver	Aus unentfaltetem Baum mit Lötansatz wird ein etwas entfalteterer Baum mit ersten Tendenzen, sich weiter zu entwickeln (Ast aus Kugelkrone)	Auch weiterhin die eher einfache Struktur mit der Tendenz, den einfacheren Weg zu gehen (halb ausradierter Baum). Streckt ersten Fühler aus. Psychotherapieeffekte oder Entwicklungseinflüsse?
19	Regulär beendet	15,7 J. / 16,4 J.	positiver	Aus Baum mit fester Kronenhaut und freischwebenden Früchten mit einem Parallelstamm und Strichwurzeln wird ein etwas zerlöster aber zügig und lebendiger gezeichneter Baum mit eingesprengten Ästen und verstreuten Früchten	Labilisierung? Freigesetzte Lebendigkeit bei gleichzeitiger Einschränkung der Ordnung? Noch viele Entwicklungsarbeit zu tun?

20	Regulär beendet	11,8/12,6	positiver	Aus linksständigem Baum mit ausdrücklich verschlossener Krone wird Baum, der lockerer und differenzierter gezeichnet ist, mehr entfalteter wirkt	
27	Regulär beendet	9,10 J. / 11,7 J.	negativer	Aus raumfüllendem Baum mit altersgemäßen Lötansatz und einer Fülle von Lötästen wird undifferenzierterer Baum mit Kugelkrone und eingestreuten Früchten, der Lötansatz bleibt erhalten, die Basis ist kompensatorisch verbreitert	Verstärkte Haltsuche? Weniger Bereitschaft, sich einzulassen? Beginnende Abwehr in der Vorpubertät oder Vorboten dafür?
32	Regulär beendet	13,1 J. / 17,3 J.	Negativer Der 1. Baum ist für einen 13 Jährigen weniger gestört, als der 2. für einen 17-Jährig.	Aus bewegtem Baum im Querformat mit wenigen Stereotypen (Blätter), aber unstrukturierten und unorganischen Ästen wird Baum mit wenig tragfähiger Basis, dem Versuch, über Ordnung (ausgeprägte stereotype Blätter) Halt zu gewinnen und die Affektivität einzugrenzen mit einem "Pseudokronenansatz"	Ausgeprägte Anpassungsbemühungen statt manifestes Symptom? Regressionen und Stagnation? Nur wenig "echte" Persönlichkeitsentwicklung? Labiles Gleichgewicht? "Suchend?"
34	Regulär beendet	10,11 J. / 13,5 J.	positiver	Zwei anthropomorphisierte Bäume (Finger, Hände, Arme), deren Reibung mit der Umwelt durch die rauhe Rinde verdeutlicht wird, wandeln sich in einen Baum, der einen zweigeteilten Kronenansatz hat und dessen Längenwachstum auffällt.	Unausgewogenheit der Vorpubertät?
35	Regulär beendet	12,4 J. / 14,4 J.	Positiver (auch wenn immer noch sehr problematisch)	Aus eher unsicher gezeichnetem mit Strichästen und Kreuzformen in den Ästen mit Kronenhohlansatz, im Querformat gezeichnet, wird affektiv gedunkelter Baum mit Kronenansatz, aber ausgeprägten Strukturierungsproblemen und Keulenästen im Kronenbereich, der sich selbst durch das Querformat einengt und am Stammansatz umkreist ist.	Tendenz zur reiferen Persönlichkeitsentwicklung (Kronenansatz), sicherer, aber auch überheblicher; Konflikte zwischen Affektivität (Dunkelung) und relativ schwacher Kontrolle (Begrenzung), zwischen eigenständiger Persönlichkeitsentwicklung (Kronenansatz) und familiärer? Eingengtheit (Einkreisung des Stammes, mangelnde Entfaltungsmöglichkeiten nach oben)
37	Regulär beendet	10,4 J. / 11 J.	positiver	Aus überkleinem Baum mit unsicheren Stammlinien, einer Lockenkrone und freischwebenden Früchten im Raum wird differenzierterer Baum mit Keulenästen, ein zügiger gezeichneter Stamm und Kugelkrone vor einem Querformat	
39	Regulär beendet	9,7 J. / 11,6 J.	positiver	Aus nahezu raumsparendem, explodierendem, stark geometrisierten Baum mit ausdrücklich verschlossener Kronenhaut wird organischere Form (jetzt allerdings klein, affektiv getönt und mit stereotypen Blättern)	Aufkommende Affektivität (Dunkelung) im Rahmen der Vorpubertät?
40	Regulär beendet	11,5/12,9	negativer	Phantasievoller, rel. gut gegliederter Baum mit Bereicherungstendenzen (Raubvogel, Gras, Skelett, fixierend geschwärzter Vogel) zu 2 "Geisterbäumen", die eine noch ausgeprägtere Zweiteilung der Krone und eine Verbreiterung der Basis bzw. deren Stützung aufweisen	Weitere Ausprägung des seelischen Zwiegespaltenseins?

17.2.2 Statistische Auswertung des Ratings

Die Ratings zu den Baum-Bildern aus obiger Tabelle wurden in einem zweiten Schritt in die Datensätze übernommen.

Zur Durchführung der nonparametrischen Tests für verbundene Paare (wie bei den Skalen GBB, MVL, ALS angewandt) wurden entsprechend der Beurteilung am Ende des Untersuchungszeitraums synthetische Eingangswerte generiert. War Ende des Untersuchungszeitraums das Bild mit "positiver" bewertet worden, wurde der Eingangswert mit -1 beziffert und der Ausgangswert mit 1.

Bei einem Bilder-Rating "negativer" wurde der Eingangswert mit 1 und der Ausgangswert mit -1 beziffert. Lautete das Rating "gleich" wurden Eingangswert und Ausgangswert mit 0 beziffert.

Nonparametrische Tests für verbundene Paare

Zur Durchführung der McNemar Tests, die eine Vier-Felder Anordnung erfordern, wurden die Fälle ohne eine Veränderung (n=4) beim Bilder-Rating bei der Analyse ausgeschlossen.

Die Tests wurden anhand der alten (3stufigen) und alternativen (2stufigen) Gruppierungen durchgeführt:

3stufige Gruppierung:

Alle Signifikanztests sind für die Gruppe der Probanden, die die Therapie regulär beendet haben, signifikant, während in der Gruppe der Abbrecher und der Kontrollgruppe keine signifikanten Befunde anzutreffen sind.

In Gegensatz zu den vorherigen Resultaten, bei denen z.T. die Ergebnisse der Gruppe mit regulär beendeter Therapie zwar signifikant waren, die der Kontrollgruppe oder Abbrecher aber auch, haben wir hier ein anderes Bild. Die Gruppe mit regulär beendeter Therapie weist signifikante Ergebnisse auf, die übrigen Gruppen nicht. Dies war bisher nur beim MVL ebenfalls der Fall. Damit liefert das Bilder-Rating wie auch der MVL-Fragebogen Ergebnisse, die zu erwarten sind, wenn die Therapie erfolgreich ist.

2stufige Gruppierung:

Diese Interpretation wird bei der Betrachtung differenziert nach 2 Gruppen (Untersuchungsgruppe = regulär beendet + Abbrecher vs. Kontrollgruppe) nicht in vergleichbarer Klarheit deutlich. Hier werden bei nur zwei Testverfahren (Wilcoxon, Marginal Homogeneity) signifikante Ergebnisse in der Untersuchungsgruppe erreicht.

(Dies zeigt wieder, wie wichtig die Gruppierung in „regulär beendet“ und „abgebrochen“ ist.)

Chi² - 1 Stichprobentest

Es wurden zusätzlich die Wahrscheinlichkeiten der "besser, gleich, schlechter" gruppierten Verteilungen der Variablen zu den Veränderungen der Diagnosegruppen aller Skalen berechnet.

Chi ² - 1 Stichprobentest Exact Significance	Therapie- Abbrecher (n=8)	Therapie regulär beendet (n=18)	Kontroll- Gruppe (n=15)
Delta Baum-Bilder	1,0000	0,0101	0,6072

17.2.3 Befunde nonparametrischer Tests für verbundene Paare

Tabelle 17-2: Befunde nonparametrischer Tests für verbundene Paare (Differenzierte Gruppierung)

Nonparametrische Tests für verbundene Paare	Art Signifikanz Befund	Therapie-Abbrecher (n=8/6**)	Therapie regulär beendet (n=18/16**)	Kontroll-Gruppe (n=15)
Wilcoxon Matched-Pairs Signed-Ranks Test	2-Tailed P	1,0000	,0455	,4386
Vorzeichen (Sign) Test	(Binomial) Exact 2-Tailed P	1,0000	,0768*	,6072
Marginal Homogeneity	Asymptotic Significance 2-Tailed P	1,0000	,0455	,6072
McNemar Test** (Vier-Felder Anordnung d. Fälle mit Veränderungen)	(Binomial) Exact 2-Tailed P	1,0000	,0768*	,6072

* Bei zweiseitigen Tests und Befunden mit Wahrscheinlichkeiten kleiner als 10% ($P < 0,10$) können die dem Test zugrundeliegenden Nullhypothesen zurückgewiesen werden (entspricht der Bedingung $P < 0,05$ bei einseitigen Tests).

** Fälle ohne Veränderung wurden zur Ermöglichung der Vier-Felder-Anordnung aus der Analyse ausgeschlossen. Daher sinkt die Fallzahl bei Therapie-Abbrechern auf $n = 6$, bei regulär beendeten Therapien auf $n = 16$.

Tabelle 17-3: Befunde nonparametrischer Tests für verbundene Paare (zusammengefasste Gruppierung)

Nonparametrische Tests für verbundene Paare	Art Signifikanz Befund	Untersuchungsgruppe** (n = 26/22)	Kontrollgruppe (n = 15)
Wilcoxon Matched-Pairs Signed-Ranks Test	2-Tailed P	,0881*	,4386
Vorzeichen (Sign) Test	(Binomial) Exact 2-Tailed P	,1338	,6072
Marginal Homogeneity	Asymptotic Significance 2-Tailed P	,0881*	,6072
McNemar Test** (Vier-Felder Anordnung d. Fälle mit Veränderungen)	(Binomial) Exact 2-Tailed P	,1338	,6072

* Bei zweiseitigen Tests und Befunden mit Wahrscheinlichkeiten kleiner als 10% ($P < 0,10$) können die dem Test zugrundeliegenden Nullhypothesen zurückgewiesen werden (entspricht der Bedingung $P < 0,05$ bei einseitigen Tests).

** Fälle ohne Veränderung wurden zur Ermöglichung der Vier-Felder-Anordnung aus der Analyse ausgeschlossen. Daher sinkt die Fallzahl bei der Untersuchungsgruppe auf $n = 22$.

18. Erfassung von „Randbedingungen“ der Therapie und von „Fehlerquellen“

„Wichtige Fehlerquellen sind während der Therapie (Anm. und während der Wartezeit!) auftretende, in ihrer Wirkung aber unkontrollierbare Ereignisse, die für die Abschätzung des Therapieerfolges von Bedeutung sind. Da sich die Behandlung im Allgemeinen über längere Zeiträume erstreckt, stellt die Abschätzung dieser nebenher ablaufenden Vorgänge ein erhebliches Problem dar. Zu diesen Vorgängen zählen u.a. Wechsel der Jahreszeiten, berufliche Fortschritte oder Krisen, Hilfe von Freunden oder Verwandten usw. ... Eine wichtige Rolle bei länger dauernden Behandlungen können auch biologisch-psychologische Veränderungen beim Patienten spielen. Diese endogenen Veränderungen, die sich unabhängig von der Therapie allein im Verlaufe der Zeit beim Patienten vollziehen, müssen besonders bei Kindern und Jugendlichen beachtet werden. Diese Faktorengruppe könnte man auch die ‚Eigengesetzlichkeit des Krankheitsverlaufs‘ (Cremerius 1962) oder das umstrittene Phänomen der ‚spontanen Remission‘ (Eysenck und Rachmann 1972) zuordnen, wodurch ein Besserungseffekt durch die therapeutischen Maßnahmen vorgetäuscht wird.“ (Mehl u.a. in Helm 1976, S. 185 -186)

Kazdin (1994) merkt an, dass Kinder Veränderungen viel rascher durchlaufen und dass Problemverhaltensweisen je nach Alter ab- oder zunehmen können.

„Was die Komplexität noch erhöht, ist die vielschichtige Wirkung, die verschiedene Ereignisse (z.B. Scheidung, Verlust der Eltern) auf Kinder in Abhängigkeit von deren Alter, Geschlecht und Entwicklungsstadium haben können. Kleine Kinder sind besonders empfänglich für Einflüsse, über die sie wenig Kontrolle haben. ... Bei Schulkindern spielen die Art, wie die Eltern und Familie funktionieren sowie die Lebensumstände eine bedeutsame Rolle. Stress, Psychopathologie und soziale Isolation der Eltern beeinflussen so z.B. den Anfang, die Zunahme und das Aufrechterhalten von antisozialem Verhalten bei Kindern.“ (S. 350). Kazdin weist darauf hin, dass „sowohl die Erwachsenen (Eltern, Lehrer) als auch die Familienkonstellation (Geschwister, Großfamilien) als auch der Lebensraum (das Zuhause, die Schule) relevante Einflüsse sind“ für die gesamte psychologische Forschung. (S.350).

Dührssen hat schon im Jahr 1964 darauf hingewiesen, dass eine wichtige Fragestellung die Thematik der Familienkonstellation darstellt. Diese beeinflusse aus ihrer Sicht das Ausmaß der günstigen bzw. ungünstigen therapeutischen Entwicklung:

„Bei sehr jungen Kindern ist die Prognose ja auf jeden Fall davon abhängig, ob man die integrativen Kräfte der Familie so beurteilt, dass man auf positive Veränderungen hofft, oder ob man annimmt, dass die sozialen oder emotionalen Probleme des Familienverbandes eher eine ungünstige Entwicklung nehmen werden.....

Tatsächlich ergaben sich bei dieser Untersuchung Zusammenhänge zwischen positivem katamnästischen Befund und günstigen familiären Veränderungen bzw. umgekehrt zwischen schlechtem therapeutischen Ergebnis und ungünstigen familiären Veränderungen.“ (Dührssen A. 1994, S. 247).

Ähnlich formuliert Huber: „Wenn man nachweisen wollte, dass eine therapeutische Intervention mehr bewirkt als die Spontanremission durch „Nichtstun“, dann muss die Gruppe der Therapierten mit „Nicht-Therapierten verglichen werden. Diese „Nicht-Therapierten“ bestanden aber häufig aus Klienten, die bereits ein Erstgespräch hatten und auf den Therapiebeginn warteten – die sogenannte „Eigenwarte-Kontrollgruppe“;

aber wer sagt, dass die Wartenden nicht zwischen der ersten Messung (beim Erstgespräch) und der zweiten andere Hilfe in Anspruch genommen haben?“ (Huber 1987, S. 36)

Auch Manz u.a. merken an, dass Psychotherapie sich in der klinischen Praxis „mit einiger Sicherheit nicht in ein experimentelles Korsett zwingen“ lässt (Manz u.a., 1995, S. 53). „Es bestehen erhebliche Zweifel daran, dass die oft der Kontrollgruppe dienenden Wartegruppen während dieser Zeit keine Hilfen in Anspruch nehmen. Diese wird etwas in Form sozialer Unterstützung oder der Konsultation anderer Einrichtungen ... erfolgen.“ (dies., S. 53)

Langenmayr und Kosfelder sehen es als wichtigen Punkt, dass eine gegenseitige Beeinflussung mehrerer Behandlungen es erschweren kann, Besserungen eindeutig einer Maßnahme zuzuschreiben. Sie nennen als Möglichkeiten beispielhaft den Hausarzt, Pfarrer oder Selbsthilfegruppen (Langenmayr u.a. 1998, S. 105).

Für die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen wäre in diesem Fall abzufragen, ob die Patienten z.B. eine logopädische oder ergotherapeutische Behandlung entweder parallel zur Therapie oder während der Wartezeit erfahren haben.

Cremerius sieht die Möglichkeit, dass „neurotische Symptome so leicht bewegliche Teile der Grundkrankheit sind, dass verschiedenste Maßnahmen ihr Verschwinden oder ihre Besserung bewirken können. Für diese Annahme sprechen viele Momente: die spontane Veränderlichkeit neurotischer Symptome, die jeder Arzt in der Sprechstunde beobachten kann; ihre Beeinflussbarkeit durch nichtärztliche Maßnahmen vieler Art: Handauflegen, Beten, Fasten, Wallfahrten etc. Fechner hat das neurotische Symptom mit dem sichtbaren Teil eines Eisberges verglichen: von dem, was man sieht, - und dieser Anteil schwankt mit den wechselnden Bewegungen des Meeres - ist kein Rückschluss auf den Teil unter dem Wasser möglich.“ (Cremerius 1962, S. 37).

„Der praktizierende Analytiker kontrolliert die Wirkung seiner Arbeit nicht am Ausgang der Therapie, weil derselbe in unserem Fach nicht von seiner Arbeit alleine abhängt: eine intervenierende Erkrankung, äußere Lebensereignisse wie Veränderungen seiner beruflichen, sozialen oder intimen Situation können negativ oder positiv auf ihn einwirken. Über den Einfluss solcher Faktoren auf die manifeste neurotische Symptomatik hat uns die katamnestische Erforschung von Spontanverläufen informiert. Es zeigen sich Symptombesserungen, -verschlechterungen und Symptomumwandlungen (Cremerius 1962, 1968).“ (Cremerius in Lang 1994, S. 23)

In dieser vorliegenden Studie wurde die Entwicklung von Kinder und Jugendlichen im Alter von 9-16 Jahren untersucht. Es könnte somit angenommen werden, dass zumindest ein Teil der Schwierigkeiten mit Entwicklungsphasen verbunden ist, die nicht weiter persistieren müssen, sondern verschwinden können.

In Anbetracht der in der Literatur zu findenden Diskussion zu diesem Thema sind die Ergebnisse der Rater-Auswertung zum Baumzeichen-Test von hoher Bedeutung. Der Baumzeichentest erfasst Grundstrukturen des Menschen – hier werden die „leicht beweglichen Teile der Grundkrankheit“, sprich: die Symptome nicht in den Vordergrund gestellt. Auf einer tieferen Persönlichkeits-Schicht wird betrachtet, ob sich eine Verbesserung ergeben konnte.

19. Anregungen für eine Wiederholung der Testreihe - Ergänzungen

In einem zusätzlichen Fragebogen sollten Veränderungen in den Lebensumständen, der Lebensführung erfragt werden, so dass Therapieerfolg auch gemessen werden kann an einer evtl. Verbesserung in diesen Bereichen. Zudem lässt sich bei der Untersuchungs- und der Kontrollgruppe der Einfluss von gravierenden Änderungen im Lebensumfeld der Eltern und Kinder berücksichtigen. Dieser Fragebogen müsste zu jedem Testzeitpunkt vorgelegt werden.

Erfasst werden könnte beispielsweise:

- Wiederaufnahme der Berufstätigkeit durch Vater oder Mutter oder Verbesserung der Arbeitssituation
- Eingehen neuer Beziehungen durch einen Elternteil oder auch durch beide
- Verbesserung oder Verschlechterung der Wohnsituation
- Erfassen der Symptome, mit denen der Patient angemeldet wird und Frage nach Gleichbleiben, Veränderung, Verbesserung oder Auftreten neuer Symptome (Symptomwandel oder Symptomverschiebung).
- Frage nach Inanspruchnahme von weiterer Hilfe.
- Überprüfung der Behandlungseffekte „durch Maße, die das tägliche Funktionsniveau erheben (z.B. regelmäßiger Schulbesuch, Teilnahme an Aktivitäten)“. (Lehmkuhl u.a. 1992 S. 180, Zeitschrift Kinder- u. Jugendpsychiatrie. 20, 169-184, 1992)

Annemarie Dührssen hat bereits 1962 in ihrer „Katamnестischen Untersuchung nach analytischer Psychotherapie“ eine Tabelle entwickelt für die Erfassung von Situationsänderungen in der Familie, die einen Einfluss auf das Behandlungsergebnis haben.

Als günstige Änderungen erfasst sie: Wohnung verbessert, Vater Arbeit, Vater mehr Geld, belastendes Familienmitglied ausgeschieden, Mutter Arbeit gefunden.

Als ungünstige Änderungen erfasst sie: Vater arbeitslos, neues belastendes Familienmitglied, Krankheiten von Vater und Mutter, Tod von Vater oder Mutter, Scheidung oder Trennung der Eltern, Mutter arbeitet, Wechsel der Familiengruppe, zeitweilig Heim, Krankheit eines Familienmitgliedes. (nach Dührssen 1962, S. 248).

Langenmayr und Kosfelder schlagen u.a. die Anzahl von Fehltagen in der Schule oder am Arbeitsplatz vor oder die Dosis einer Medikation (Anm. z.B. bei der Behandlung von hyperaktiven Kindern, die häufig parallel medikamentös behandelt werden.) (siehe Langenmayr u.a. 1998, S. 99).

Dührssen weist darauf hin, dass aufgrund ihrer Recherchen nicht behauptet werden könne, dass die Verbesserung von Randbedingungen allein, d.h. ohne Therapie, das gleiche Resultat erzielen könne. „Die ursächlichen Faktoren, die die Krankheit des Kindes bedingten, gingen allemal weit über jene Schwierigkeiten hinaus, die schließlich durch den günstigen Wandel der Lebensumstände des Kindes behoben wurden.“ (Dührssen 1962, S. 250).

Die Drittvariablenkontrollen der Tests MVL, GBB und ALS haben Hinweise darauf gegeben, dass eine Erfassung von Randbedingungen sinnvoll ist und dass diese den Therapieerfolg zumindest beeinflussen.

Auch Langenmayr und Kosfelder weisen darauf hin, dass „sich die Auswirkungen von Therapie oder Beratung nicht nur bei den direkt Beteiligten, nämlich den

TherapeutInnen und KlientInnen zeigen und auch nur dort, wo sie erwartet und angestrebt werden. Eine Erweiterung des Blickwinkels auf das soziale Umfeld der KlientInnen und TherapeutInnen (Lebenspartner, Familie und soziales Netz) und darüber hinaus sogar auf gesellschaftliche Systeme kann erforderlich sein, um die Wirkung von Veränderungsmaßnahmen beurteilen zu können ...“ (Langenmayr u.a. 1998, S. 96-97).

Galuska hat ein Modell einer integralen Diagnostik entwickelt, die beiden folgenden Schaubilder entstammten einem Vortrag aus dem Jahr 2002 im Bad Kissingen und wurden vom Autor freundlicherweise zur Verfügung gestellt.

Abbildung 19-1: Modell der Integralen Diagnostik nach Galuska

Individuell

Subjektives Erleben

Biografisches Verständnis

Psychodynamik

Entwicklungslinien

Konflikte und Struktur

beobachtbares Verhalten

Verhaltensmuster

psychopathologischer Befund

ICD 10 - Diagnostik

organmedizinische Befunde

Innen

aussen

Beziehungsgestaltung

Beziehungsniveau

Beziehungsmuster

Beziehungsebenen

Sozialverhalten

Wohnsituation

finanzielle Bedingungen

Familiensystem

Ausbildung und Arbeit

Sozial

Die vier Quadranten sieht Galuska als vier Möglichkeiten, die Welt zu betrachten und beschreibt sein Modell wie folgt:

„1. Die individuelle subjektive Welt, das subjektive Erleben, das wir zu verstehen versuchen. Es ist das Feld der tiefenpsychologischen und humanistischen psychotherapeutischen Perspektive.

2. Das individuell-objektive beobachtbare Verhalten des Klienten, auch das Somatische, all das was sich messen lässt und objektivieren lässt. Es ist die behavioristische und medizinisch-naturwissenschaftliche Perspektive.

3. Sein objektives Sozialverhalten und seine Einbettung im Sozialsystem, wie beispielsweise Arbeitsfähigkeit, Krankheits- und Behandlungskosten, aber auch kommunikatives Verhalten, das objektiviert werden kann. Dies ist die systemisch-soziale Perspektive und schließlich

4. seine subjektiv-soziale Seite, wie er Beziehungen erlebt zu seinen Nächsten, zum Therapeuten, aber auch am Arbeitsplatz und zu seiner Kultur. Dies wäre die beziehungsmäßige und sozial-kulturelle Perspektive.“ (Galuska 1998, S. 6-7).

Diesen vier Quadranten lassen sich die obigen Vorschläge zuordnen, zum Quadranten der Beziehungsgestaltung finden sich weitere Ausführungen im Kapitel Ausblick und Exkurs.

20. Zusammenfassende Diskussion der Ergebnisse der durchgeführten Testverfahren - Schlussfolgerungen

20.1 MVL

Die Marburger Verhaltensliste gibt den Eltern die Möglichkeit die Bereiche zu benennen, in denen ihnen das Verhalten ihres Kindes auffällig erscheint. Indirekt haben sie somit aber auch die Möglichkeit zu „klagen“. Sie können zum Ausdruck bringen, dass sie mit dem Verhalten des Kindes unzufrieden sind und dass die Familie darunter leidet. Somit entspricht der Fragebogen dem Bedürfnis und Anliegen von Eltern, die ihr Kind zur Therapie anmelden.

„Mit Ausnahme von Angstzuständen oder depressiven Stimmungsbildern leiden die Kinder selbst kaum unter den Symptomen und Verhaltensauffälligkeiten, im Gegenteil: Sie empfinden etwa Ticks oder Wutausbrüche als innere Spannungsabfuhr, oder ihr Magersein als Schönheitsideal. Sie leiden höchstens darunter, dass die Umwelt sie am freien Ausleben hindert. Der eigentliche Leidensdruck liegt also hier bei den Eltern oder der Umgebung, und er ist bezogen auf Verhaltensweisen und Symptome, die diese gern beseitigt sehen möchten... In der Behandlung von Kindern und Jugendlichen stellen wir aber immer wieder fest, dass nur selten die tatsächliche Störung der Kinder der eigentliche Vorstellungsgrund ist... Wichtigster Vorstellungsgrund scheint demnach zu sein: Welche Art des Verhaltens oder Symptoms von den Eltern oder einem Elternteil besonders schlecht ertragen wird ...“ (Greb Matthias, 1996, S. 22)

Die Ergebnisse der MVL können somit als Barometer gesehen werden für die Beobachtung, inwieweit sich die Eltern in der Lage fühlen, mit ihren Kindern zurechtzukommen, deren Verhalten mit Verständnis begegnen zu können und auszuhalten. Die Ergebnisse der Untersuchung spiegeln zum einen eine tatsächliche Verhaltensänderung, aber auch die Grundstimmung der Eltern und zeigen somit indirekt in der Untersuchungsgruppe ihre Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit mit der therapeutischen Behandlung.

Die Marburger Verhaltensliste ist aufgrund der vorliegenden Ergebnisse und der Testkonzeption aus meiner Sicht geeignet, Therapieerfolg darzustellen, da sie eine breite Palette von Verhaltensweisen erfragt – und zu weiten Teilen auch „wertneutrale“ Fragen stellt (siehe die Ausführungen im Kapitel 7.1).

Die Auswertung der MVL ergab eine Bestätigung der These, dass die Häufigkeit des abgefragten Verhaltens im Verlauf der Therapie abnimmt. Die Häufigkeit hat sich so weit reduziert, dass sie sich der Häufigkeit unauffälliger Kinder angenähert hat bzw. identisch ist, sie liegt jetzt im Normbereich (2. aufgestellte These).

20.2 GBB

Obwohl der GBB im Manual angibt, dass Therapieverläufe mit diesem Test zu beobachten seien, kann diese Aussage in Zweifel gezogen werden.

Viele Kinder kommen mit psychosomatischen Beschwerden in die Praxis. Der GBB scheint von den Items her nicht die Beschwerden abzufragen, die für die Kinder relevant sind bzw. unter denen sie leiden. Es handelt sich hier um einen Fragebogen zu Körperbeschwerden, mit denen die Kinder in der Regel beim Kinderarzt oder Hausarzt vorgestellt werden.

Auch v.Rad, Senf und Bräutigam (1998) kamen zu dem Ergebnis, dass der Giessener Beschwerdebogen sich als nur bedingt geeignet erwiesen hat (vergl. v.Rad u.a. S. 92). „Der Giessen-Test wird wie der Giessener Beschwerdebogen üblicherweise als sog. objektiver Persönlichkeitstest zur Erfolgsmessung in Psychotherapiestudien verwendet. Allerdings bestehen aus unserer heutigen Sicht erhebliche Zweifel an der Brauchbarkeit des Instrumentes“ (v.Rad u.a.1998, S. 95).

Zur Hypothese, dass die Differenz der Werte zwischen Eltern und Kindern sich verringert, ist festzustellen:

Die Differenz wird im Verlauf der Therapie größer, da die Eltern der behandelten Kinder bei Katamnese verbesserte Werte angeben und da sie außerdem bei Anamnese von vornherein einen geringeren Beschwerdedruck angeben als die Kinder.

Insgesamt gruppieren sich die Eingangs- und Ausgangswerte im weitesten Sinn um die Normwerte.

20.3 ALS

Der Fragebogen zum Allgemeinen Selbstwertgefühl gibt den Kindern und Jugendlichen die Möglichkeit, Aussagen über ihre eigene Befindlichkeit und über ihr Selbstwertgefühl in den Bereichen Freizeit, Schule, Familie zu machen.

Dieser Test ist aus meiner Sicht interpretierbar – allerdings nur unter Beachtung der drei verschiedenen Lebensbereiche. Würde man nur den Gesamtwert des Selbstwertgefühls betrachten, würde die wichtige Feststellung, dass die unbehandelten Kinder und Jugendlichen den Freizeitbereich als Ausgleich und Kompensationsmöglichkeit nutzen, verloren gehen.

Zudem gilt es zu bedenken, dass dieses Verfahren die Fähigkeit und Bereitschaft zur Introspektion und zur Offenlegung der so gewonnenen Selbsteinschätzung voraussetzt. Ebenso ist es ganz besonders bei diesem Test möglich, dass die Jugendlichen beim Ausfüllen eines Fragebogens Ankreuzungen vornehmen, die von bewussten oder unbewussten Verfälschungstendenzen geleitet werden. Gerade den Jugendlichen, die sich in einer (Pubertäts-)Krise befinden, kann es schwer fallen zuzugeben, dass sie sich schlechter fühlen als andere.

Die Eingangshypothese, dass ich das Selbstwertgefühl im Laufe der Therapie erhöht, hat sich bestätigt. Verworfen werden muss die Hypothese, dass das Selbstwertgefühl der unbehandelten Kontrollgruppe sich nicht verbessert. Es verändert sich ebenfalls. Die Veränderung ist in allen drei untersuchten Gruppen statistisch aber nicht signifikant.

20.4 BZT

Der Baum-Zeichentest ist neben der Marburger Verhaltensliste der Test, der in der Untersuchungsgruppe signifikante Veränderungen misst, in der Kontrollgruppe hingegen nicht.

Dieser Test wird im Praxisalltag häufig verwendet, wenn auch oft „nach Gesamteindruck“ bewertet. Zieht man allerdings einen geschulten Rater hinzu, dann ist dieser Test aus meiner Sicht geeignet, Therapieerfolg zu messen.

20.5 Überblick über alle Testverfahren

ID -	Alter Test-Beginn	Alter Test-Ende	Gruppierte Therapiedauer	Art Ende der Therapie	UG vs KG	Delta Baum-Bilder	Delta GBB KINDER: Beschwerdedruck	Delta GBB ELTERN: Beschwerdedruck	Delta MVL: %R Gesamt-Skala	Delta ALS: Selbstwertgefühl	
4	10	13	Langzeit-Therapie	regulär beendet	Untersuchungsgruppe	besser	besser	besser	besser	gleich	
11	9	12	Langzeit-Therapie	regulär beendet	Untersuchungsgruppe	besser	besser	besser	besser	gleich	
18	9	10	Kontrollgruppe	Kontrollgruppe	Kontrollgruppe	besser	besser	besser	besser	gleich	
33	11	13	Langzeit-Therapie	abgebrochen	Untersuchungsgruppe	besser	besser	besser	besser	gleich	
31	8	9	Langzeit-Therapie	Kontrollgruppe	Kontrollgruppe	besser	besser	besser	gleich	gleich	
30	11	12	Kontrollgruppe	Kontrollgruppe	Kontrollgruppe	besser	besser	besser	schlechter	besser	
34	10	13	Langzeit-Therapie	regulär beendet	Untersuchungsgruppe	besser	gleich	besser	besser	gleich	
39	10	12	Langzeit-Therapie	regulär beendet	Untersuchungsgruppe	besser	gleich	besser	besser	gleich	
14	11	13	Langzeit-Therapie	regulär beendet	Untersuchungsgruppe	besser	gleich	besser	gleich	besser	
2	10	11	Kontrollgruppe	Kontrollgruppe	Kontrollgruppe	besser	gleich	gleich	gleich	besser	
25	9	10	Langzeit-Therapie	Kontrollgruppe	Kontrollgruppe	besser	gleich	gleich	gleich	gleich	
16	9	10	Langzeit-Therapie	regulär beendet	Untersuchungsgruppe	besser	gleich	gleich	gleich	schlechter	
20	11	12	Langzeit-Therapie	regulär beendet	Untersuchungsgruppe	besser	schlechter	besser	besser	schlechter	
8	9	11	Langzeit-Therapie	regulär beendet	Untersuchungsgruppe	besser	schlechter	gleich	besser	besser	
37	11	11	Kurzzeit-Therapie	regulär beendet	Untersuchungsgruppe	besser	schlechter	schlechter	besser	gleich	

7	10	12	Langzeit-Therapie	regulär beendet	Untersuchungsgruppe	gleich	besser	gleich	besser	gleich	
26	11	12	Langzeit-Therapie	abgebrochen	Untersuchungsgruppe	gleich	gleich	besser	besser	schlechter	
28	10	10	Langzeit-Therapie	abgebrochen	Untersuchungsgruppe	gleich	schlechter	besser	besser	gleich	
17	8	10	Langzeit-Therapie	abgebrochen	Untersuchungsgruppe	schlechter	besser	besser	besser	schlechter	
27	10	11	Langzeit-Therapie	regulär beendet	Untersuchungsgruppe	schlechter	besser	besser	gleich	besser	
1	8	12	Langzeit-Therapie	regulär beendet	Untersuchungsgruppe	schlechter	besser	gleich	gleich	gleich	
24	12	12	Kontrollgruppe	Kontrollgruppe	Kontrollgruppe	schlechter	besser	gleich	gleich	gleich	
29	9	10	Kontrollgruppe	Kontrollgruppe	Kontrollgruppe	schlechter	besser	gleich	gleich	gleich	
21	11	12	Langzeit-Therapie	Kontrollgruppe	Kontrollgruppe	schlechter	gleich	besser	besser	gleich	
9	12	13	Langzeit-Therapie	Kontrollgruppe	Kontrollgruppe	schlechter	gleich	gleich	besser	besser	
40	11	12	Kurzzeit-Therapie	regulär beendet	Untersuchungsgruppe	schlechter	gleich	gleich	gleich	besser	
3	8	9	Kontrollgruppe	Kontrollgruppe	Kontrollgruppe	schlechter	gleich	gleich	gleich	gleich	
22	11	12	Kontrollgruppe	Kontrollgruppe	Kontrollgruppe	schlechter	gleich	gleich	gleich	gleich	
41	9	11	Kontrollgruppe	Kontrollgruppe	Kontrollgruppe	schlechter	gleich	gleich	gleich	gleich	
35	13	15	Langzeit-Therapie	regulär beendet	Untersuchungsgruppe	besser	besser	O	X	gleich	
12	15	17	Langzeit-Therapie	abgebrochen	Untersuchungsgruppe	besser	besser	schlechter	X	besser	
19	15	16	Kurzzeit-Therapie	regulär beendet	Untersuchungsgruppe	besser	gleich	besser	X	besser	
23	16	18	Langzeit-Therapie	abgebrochen	Untersuchungsgruppe	besser	gleich	besser	X	gleich	
36	13	14	Kontrollgruppe	Kontrollgruppe	Kontrollgruppe	besser	gleich	besser	X	gleich	

Die eingesetzten Messverfahren, sprich Tests, verfolgen unterschiedliche Ziele und messen, wie bereits dargestellt, auf unterschiedlichen Ebenen (Körperbefinden, Verhalten, Selbstwertgefühl und Gesamtpersönlichkeit). Diese Faktoren müssen nicht notwendigerweise (statistisch) zusammenhängen.

Betrachtet man bei den verschiedenen Patienten die Aussagen besser/gleich/schlechter, und dies wiederum im Vergleich der 5 verschiedenen Tests, so zeigt die Tabelle, dass bei mehreren Patienten die Tests weitgehend dieselbe Aussage treffen – in diesen Fällen stimmen zumindest drei oder vier Testergebnisse überein. Drei Patienten zeigen ein völlig uneinheitliches Bild, in den verschiedenen Tests zeigen sich für dieselbe Person Verbesserungen, Verschlechterungen und ein Gleichbleiben. Diese drei Patienten haben die Therapie vorzeitig abgebrochen.

Auffallend ist, dass der Baum-Test insgesamt 16 Verschlechterungen aufweist, der GBB Kinder nur 6, der GBB Eltern nur zwei und der MVL nur eine. Der ALS verzeichnet 4 Verschlechterungen.

GBB Eltern und MVL sind Fremdbeurteilungen – hier bestätigt sich meine These, dass Urteile bei Fremdbeurteilungen besser ausfallen als bei einer Befragung des Patienten selbst – und, wie hier offensichtlich wird, auch besser als bei Hinzunahme einer außenstehenden Person, einem Rater.

Bezogen auf das Kriterium „gleich“ finden sich beim Baum-Test nur 4 Patienten, der GBB Selbstbild weist 19 Patienten auf, GBB Eltern 18, MVL 13 und ALS 15.

Verbesserungen zeigen beim Baum-Test 21 Patienten, beim GBB Selbstbild 16, GBB Fremdbild 20, MVL 15 und ALS 12.

Der Baum-Zeichentest weist bei einigen Patienten dasselbe Endergebnis auf wie die anderen Tests, bei anderen wiederum spricht der Baum-Zeichentest von einer Verschlechterung, während die übrigen Tests zumindest von einem Gleichbleiben sprechen.

Würde in einer Forschungsarbeit nur ein Test zugrundegelegt, dann wäre das Ergebnis incl. der Schlussfolgerungen daraus abhängig von diesem einen Testverfahren. Somit kann als Ergebnis festgehalten werden, dass das Messen auf verschiedenen Ebenen und mit verschiedenen Quellen eine wichtige Voraussetzung ist, um dem Therapieprozess gerecht zu werden. Es hat sich aber erwiesen, dass – wie die beiden oben dargestellten Tabellen zeigen – die 5 verwendeten Tests im Hinblick auf die Messung des Therapieerfolges offenkundig und weitgehend unvereinbar sind.

Die Messinstrumente selbst sind laut Aussagen der Autoren geeignet, um einen Therapieprozess im Hinblick auf seinen Erfolg oder Misserfolg erfassen zu können. Außerdem erfüllen die Tests die Anforderungen der Reliabilität und der Validität. Von den Autoren wurde die Zuverlässigkeit des Messinstrumentes nachgewiesen.

Der Baum-Zeichentest wurde zuvor statistisch nicht ausgewertet (im Sinne einer Einstufung in verbessert, verschlechtert, gleich. Somit existieren auch von Avé-Lallemant und Biermann, der sich in neuester Zeit intensiv mit diesem Test beschäftigt haben, eher deskriptive Darstellungen der Zeichnungen, die dann mit der Lebensgeschichte der Kinder und Jugendlichen verknüpft wurden (Avé-Lallement 1990 und Biermann 1993).

Wie bereits unter Kapitel 6 dargestellt, erheben die Messinstrumente Daten auf verschiedenen Ebenen. Somit ist nicht zu erwarten, dass die inhaltlichen Aussagen identisch sind – allerdings wäre zu erwarten gewesen, dass die Ergebnisse für einen Patienten im Vergleich der 5 Testinstrumente zumindest weitgehend übereinstimmen.

In der Studie von Dührssen (1994), einer Katamnese-Untersuchung von Kindern, fand sich für 79% der Kinder ein positiver Effekt der Therapie. Die Untersuchungen von Fonagy u. Target 1994 und 1996, Nachuntersuchungen der am Anna Freud Center über einen Zeitraum von 40 Jahren durchgeführten Kindertherapien, ergaben eine erfolgreiche Behandlung bei 80 % der behandelten Kinder. Die nochmalige Nachuntersuchung von Fahrigh u.a. (1996) kam zu dem Ergebnis, dass bei 80 % der durchgeführten Kinderpsychotherapien eine signifikante Änderung festzustellen sei. Anzumerken ist hier, dass es sich um eine Analyse von Stundenprotokollen von Beginn und Ende der Behandlung handelte.

Fahrigh u.a. (1996) berichten in ihrer Studie über den Therapieerfolg analytischer Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen über eine Symptomreduktion in 91,7 % der Behandlungsfälle laut globaler Einschätzung der Therapeuten. Diese sehen 36,8 % der Patienten als stark gebessert an. Für die Verbesserung in den Manifestationsbereichen der Konflikte zeigte sich eine Verbesserung bei 94,7 % der Patienten, hier wieder bei 61,4 % der Patienten eine starke Verbesserung.

Nähere Anmerkungen und genaue Ausführungen finden sich in den einzelnen Untersuchungen.

Vergleicht man obige Ergebnisse mit den Ergebnissen dieser Untersuchungsreihe, so ist auf den ersten Blick festzustellen, dass die prozentuale Verbesserung deutlich niedriger liegt und für die verschiedenen durchgeführten Testverfahren auch – wie unter den jeweiligen Tests nachzulesen – differenzierter betrachtet werden muss. Wie bereits dargestellt, handelt es sich zudem nicht um ein Fremdurteil über den Therapielauf nach Abschluss der Therapie – sondern um eine therapiebegleitende Erfolgskontrolle. Wie in der Literatur immer wieder angeführt, liegt die direkte Erfolgsbeurteilung höher als die indirekte. Schon allein aufgrund des Designs dieser Untersuchung war zu erwarten, dass die Ergebnisse nicht entsprechend der bereits existierenden Untersuchungen ausfallen - und im Grunde nicht vergleichbar sind mit denen aus den oben genannten Studien.

Die genauen prozentualen Werte der Verbesserungen, Verschlechterungen und des Gleichbleibens der Werte ist den einzelnen Tabellen der statistischen Auswertung der Testverfahren zu entnehmen und wurde der Verdeutlichung halber in den Balkendiagrammen dargestellt.

Zusammengefasst sei nur dargestellt, dass sich beim MVL eine Verbesserung von 61,5 % (reg. beendet), 100 % (Abbrecher) und 25,0 % (Kontrollgruppe) findet.

Der GBB weist im Elternurteil eine Verbesserung von 47,1 % (reg. beendet), 62,5 % (Abbrecher) und 46,7 % (Kontrollgruppe) auf.

Der GBB weist im Selbsturteil eine Verbesserung von 33,3 % (reg. beendet), 37,5 % (Abbrecher) und 46,7 % (Kontrollgruppe) auf.

Im Test ALS findet sich eine Verbesserung von 38,9 % (reg. beendet), 25,0 % (Abbrecher) und 20,0 % (Kontrollgruppe).

Die Ergebnisse dieser Untersuchung, insbesondere der festgestellte Unterschied in der Beurteilung durch Eltern und Kinder und die unterschiedlichen Ergebnisse innerhalb der Testverfahren sind von großer Bedeutung. Gefordert wird in den letzten Jahren von Seiten der Gesetzgeber und vor allem der Krankenkassen die Qualitätssicherung psychotherapeutischer Verfahren durch wissenschaftliche Studien. Die vorliegende Untersuchung gibt einen Hinweis auf die Dringlichkeit, adäquate Messinstrumente auszuwählen und zu entwickeln.

Das bereits mehrfach erwähnte Heidelberger Forschungsprojekt arbeitet gemeinsam mit der VAKJP (Vereinigung Analytischer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten) an diesem Thema: „Als bedeutsam für die Dokumentation der Ergebnisqualität

erscheint die im Heidelberger Projekt vorgesehene katamnestische Erhebung (externes, halbstrukturiertes Interview sowohl mit den Kindern wie mit den Eltern) nach einem halben, nach einem und nach drei Jahren. Dieses Instrument könnte ... als Möglichkeit der externen Qualitätssicherung übernommen werden.“ (Jahresbericht der VAKJP 2002, S. 9). Wie bereits in Kapitel 6 ausführlich dargestellt, wurde auf diesen Ansatz verzichtet zugunsten einer therapiebegleitenden Erfolgskontrolle.

21.1 Fazit

21.1 Thesen und Erkenntnisse als Ergebnis der Untersuchung

1. In dieser Forschungsarbeit wurden weder Therapeut, noch Patient, noch die Bezugspersonen befragt nach einer globalen Einschätzung des Therapieerfolges aus ihrer subjektiven Sicht.
2. Die therapeutischen Behandlungen beginnen unter einem Beschwerdedruck. Die Durchführung einer analytischen Behandlung bringt es mit sich, dass Konflikte offen zutage treten können.
3. Es ist zwangsläufig, dass als Reaktion auf auftauchende innere Konflikte, auf evtl. auch vorübergehend an die Oberfläche tretende familiäre Spannungen (bedingt durch den lebendigen Heilungsprozess des Patienten) das Kindes bzw. der Jugendliche mit einer Verstärkung der Körpersymptomatik, einer Schwankung des Selbstwertgefühls und bei kleinen Kindern mit einer Erhöhung der Verhaltensauffälligkeit.
4. Es ist ebenso möglich, dass durch eine „Übertragungsheilung“, durch eine besonders positive Übertragung auf den Therapeuten sich das Selbstwertgefühl und in der Folge die Körperbeschwerden und das Verhalten an der Oberfläche verbessern.
5. Der Fokus der „Forschungsanfrage“, dass „alles besser werden solle“, ist hier eventuell Fehl am Platz. (nähere Ausführungen siehe unter 21.2)
6. Zu erweitern wären die in dieser Arbeit ausgewählten Messinstrumente um den Ansatz von Belschner und Galuska, (siehe auch 21.2) der erst in den letzten Jahren entwickelt wurde.
7. Einen ersten Versuch, auch umfassendere Dimensionen in die Forschung der Kinder- und Jugendlichentherapie einzubeziehen, stellt der Baumzeichentest dar. Dieser Test wurde in der Literatur bisher ausgewertet unter „messtheoretischen Gesichtspunkten“. Auf diesen Ansatz wird hier verzichtet, da er dem ganzheitlichen Prozeß einer therapeutischen Behandlung nicht gerecht würde. Es wurde eine Auswertung nach ganzheitlichen Gesichtspunkten erstellt.
8. Die äußerst geringe Fallzahl, die trotz aller Bemühungen nicht zu erhöhen war, macht es unmöglich, dass interessanten und weiterführenden Fragestellungen statistisch nachgegangen werden kann. Letztendlich krankt die Untersuchung an diesem Punkt. Eine Untersuchung mit dieser für alle Therapeuten wichtigen Fragestellung benötigt eine weitaus größere Fallzahl. Diese scheint aber nur herbeizuführen zu sein, wenn die Teilnahme an der Untersuchung verpflichtend ist und dies von einem Dachverband oder einer Vereinigung ausgesprochen wird. Während es in den übrigen (Sozial)Wissenschaften ein aus Erfahrung begründetes Bestreben zu möglichst großen Fallzahlen gibt (zumindest theoretisch, dagegen stehen die Kosten), begnügt sich die Psychologie traditionell mit „einer Handvoll“ Testpersonen.
Diese Problematik kann gar nicht überschätzt werden. Auch Langenmayr und Kosfelder geben zu bedenken, dass „eine zu kleine Anzahl von KlientInnen die Gefahr der Unterschätzung eines Verfahrens mit sich bringt“ (Langenmayr a.a., 1998, S. 107).
9. Fremdbeurteilungen ergeben deutlich positivere Werte als Selbstbeurteilungen. Aus diesem Grund scheinen auch der MVL und der GBB-Eltern so positive Ergebnisse für den Behandlungserfolg aufzuweisen. Die Ergebnisse könnten evtl. einfach die „Zufriedenheit“ oder Erwartungshaltung der Eltern ausdrücken, weniger aber die reale Befindlichkeit der Kinder.

10. Eine Inanspruchnahme von Hilfe durch die Patienten auf der Warteliste kann nicht ausgeschlossen werden.
11. Eine Auswertung im Hinblick auf Verbesserung und Signifikanz allein ist nicht allein aussagekräftig. Zu berücksichtigen sind ebenfalls das Eingangs- und Ausgangsniveau unter Hinzuziehung der Normwerte.
12. Vergleicht man die verwendeten Tests der Untersuchungsreihe, so zeigt sich eine weitgehende Unvereinbarkeit der Skalen in Hinblick auf die Messung des Therapieerfolges.

21.2 Ausblick und Exkurs – Entwicklung eines erweiterten Fragebogens unter Einbeziehung ganzheitlicher Aspekte

Die Testbögen, die bislang entwickelt wurden, hier insbesondere der Fragebogen ALS, legen ein Weltbild zugrunde, in dem Person und Umwelt voneinander getrennt sind. Im Test ALS vergleicht der Patient sich mit seinen Mitschülern oder beantwortet, wie er sich in den Augen und in der Beurteilung der Familienmitglieder, Freunde und Mitschüler sieht. Der Fokus liegt auf der Umwelt, die als Vergleich herangezogen wird und die urteilt – nicht auf Fragen wie Kontakt, Aufgehobensein, Miteinander. Für den westlichen Menschen – so Belschner - sei das Kriterium der Kontrolle wichtig. „Er will sich als Schöpfer seiner Handlungen, als der eigenständige Planer, als der autonome Gestalter erleben; er will den Verlauf seiner Biographie selbst bestimmen können“. (Belschner 2001b, S. 86)

Belschner entwickelte den Vorschlag eines Menschenbildes, der aus seiner Kritik des Menschenbildes der Gesundheitspsychologie entstanden ist.

In den Modellen der Gesundheitspsychologie werde der „Mensch konzipiert als ein Wesen, das sich fortwährend vor einer feindlichen Übernahme verteidigen muss. Potente Stressoren umgeben ihn, und er muss sich gegen sie verteidigen.“ (Belschner 2001b, S. 97).

„Bei einer solchen Wahrnehmung der Situation ist die Person gut beraten, sich von diesem bedrohlichen Geschehen deutlich und erkennbar abzuheben. Die Person tut dies, in dem sie sich als ICH ihrer selbst vergewissert Sie hebt sich mittels ihres ICH als die kontrollierende Instanz deutlich von dem Hintergrund des bedrohlichen Geschehens um sie herum ab.“ (Belschner 2001b, S. 88)

Belschner fasst „Gesundheit – und Leben auf

- als etwas Geschenktes;
- als etwas mir Gewährtes;
- als etwas, das in einem größeren Kontext immer schon vorhanden ist;
- als etwas, das nicht der ichhaften Abgrenzung gegenüber Feindlichem bedarf, sondern im Gegenteil auf das Gewährwerden der Einbettung angewiesen ist.

Gemäß diesem Konzept bin

- ich grundsätzlich und unauflösbar in einem Größeren enthalten;
- ich prinzipiell angenommen;
- unauflösbar mit allem anderen verbunden.“ (Belschner 2001b, S. 90)

Galuska formuliert, dass das Ziel therapeutischen Handelns über die Reduzierung einer Krankheitssymptomatik hinausgehen müsse – Ziel sei das Erleben von Gesundheit. In diesem Zusammenhang befürwortet er eine ganzheitliche Therapie:

„Heilungsprozesse sind selbstorganisierte Prozesse, nicht nur auf körperlicher Ebene. Sie entziehen sich unserer vollständigen Kontrolle, wir können lediglich versuchen,

günstige Bedingungen für sie herzustellen, dass sie geschehen. Dies bedeutet u.a. eine Stärkung und Unterstützung der selbstregulativen Strukturen der Persönlichkeit und eine Aktivierung ihrer Potentiale. Auch aus dieser Perspektive sind wir nicht nur auf die Behandlung der Krankheit bezogen, sondern unterstützen und aktivieren allgemeine Bewältigungsmöglichkeiten und Bewältigungsfähigkeiten. „Resourcenaktivierung“ nennt der Berner Psychotherapieforscher Klaus Grawe (1995) in seiner vieldiskutierten Analyse der Wirksamkeitsforschung psychotherapeutischer Methoden seinen ersten herausgearbeiteten und empirisch breit abgestützten Wirkfaktor.“ (Galuska in Belschner u.a. 2000, S.153)

Grawes Modell nennt Galuska „bestehend, weil es pragmatisch und ideologiearm erscheint. Seine impliziten Ziele sind jedoch vorwiegend problem- bzw. krankheitsbezogen.... Doch die Fähigkeit allein, Krankheiten oder das Leben zu bewältigen, lässt uns im Grunde unerfüllt. Der Verlust religiöser, weltanschaulicher und ethischer Orientierungen scheint mir ein wesentlicher Faktor für die Struktur-Schwäche der Persönlichkeit vieler Patienten zu sein.“ (Galuska 2000, S. 153/154)

In den durchgeführten Therapien, in Kindertherapien und in der Behandlung von Jugendlichen generell, stehen im Vordergrund die Förderung der seelischen Entwicklung der Patienten, aber auch die Klärung von (schwierigen) innerfamiliären Beziehungsmustern und nach und während deren Bearbeitung eine neue Entwicklung von Bezogenheit, Verbundenheit mit den Familienmitgliedern und Freunden. Dieser Aspekt der mitmenschlichen Verbundenheit ist in den hier verwendeten und in der Literatur bisher veröffentlichten Fragebögen nicht Gegenstand von Items.

Bauriedl kam „zu dem Schluss, dass man die psychische und psychosomatische Symptomatik eines Kindes, und damit letztlich die entsprechende Symptomatik jedes Menschen, familiendynamisch betrachtet, immer auch als Ausdruck seiner Ersatzpartnerrolle verstehen kann. Das Kind schützt durch die Symptomatik sich selbst und die Eltern vor Ängsten und Schmerzen, die auf andere Weise nicht bewältigt und abgewehrt werden können.“ (Bauriedl 1996, S. 305).

Diese Symptomatik könne aber auch so verstanden werden, dass „das Leiden des Kindes und auch seiner Eltern der Ausdruck für ein Leiden an der Beziehungsstruktur ist, das sich nur auf diese Weise zeigen kann. Und hat man erst einmal das Leiden gespürt – nicht nur das Leiden unter der Symptomatik, sondern auch die Not aller Beteiligten in ihren Beziehungen zueinander –, dann ist es meist nicht schwer, auch die emanzipatorischen Wünsche aller Beteiligten zu finden.“ (Bauriedl 1996, S. 305).

Im Jahr 2001 wurde von Walach, Kohls und Kress im Zusammenhang mit den Forschungsprojekten von Belschner und Galuska eine „Freiburger Fragenbogenstudie zu Außergewöhnlichen Erfahrungen“ entwickelt. Dieser Fragebogen wurde für Erwachsene konzipiert und ist in dieser Form natürlich in keiner Weise auf Kinder und Jugendliche übertragbar. Die Fragen unter Abschnitt 2, Überzeugungen und Umfeld, sind im Anhang zu finden. Es gibt einige Items, die auch für Kinder und Jugendliche übernommen werden könnten. Ausschnittweise sei genannt:

„13. Es gibt Menschen, die mich ohne Einschränkung so nehmen, wie ich bin...14. Ich erfahre von anderen viel Verständnis und Geborgenheit....18. Ich kenne mehrere Menschen, mit denen ich gern etwas unternehme... 19. Ich habe Freunde/Angehörige, die mich einfach mal umarmen... 25. Es gibt eine Gruppe von Menschen (Freundeskreis, Clique), zu der ich gehöre und mit denen ich mich häufiger treffe.“ (Belschner 1998 in Walach, Kohls und Kress 2001).

Eine umfassendere Darstellung dieses Themas würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen, es sei hier verwiesen auf die Forschungsergebnisse der Universität Oldenbourg unter Prof. Belschner und Dr Galuska.

Die Erwartung, dass durch eine therapeutische Behandlung alles „besser“ werde, wird dem Veränderungs-, Entwicklungs- und Wachstums-Prozeß womöglich nicht gerecht. Am Ende einer Therapie könnte ebenso eine Fähigkeit, Leid bewusst zu ertragen, eine zunehmende Introspektionsfähigkeit und somit ein vielleicht sogar erstes Wahrnehmen von Konflikten und von Schmerzhaftem zu finden sein.

Heisterkamp spricht von dem „seelischen Geschehen“ und dem „Bewegungsprozeß“. Dessen ganzheitliche Erfassung sieht er als „unendliche Aufgabe, die wir immer nur annäherungsweise und gemäß unserem forschungsgeschichtlichen und persönlichen Entwicklungsstand zu verstehen vermögen.“ (Heisterkamp 1993, S. 56). Und: „Jeder Therapeut steht vor der grundsätzlichen Aufgabe, den vielschichtigen seelischen Prozeß in seinen Zwischenschritten zu erfassen und gleichzeitig den Blick für die umfassende und durchgängige Gestalt des Gesamtgeschehens nicht zu verlieren.“ (Heisterkamp 1993, S. 56.)

Die Autorin Christine Longacker schreibt über ihren eigenen Prozeß: „Am Anfang meiner ... Reise hatte ich auf eine dramatische Erlösung von all meinen Leiden und Ängsten gehofft. Ich stand wie am Fuße eines Berges, blickte auf den schneebedeckten Gipfel und stellte mir vor, ich könnte schnell und schmerzlos zur Spitze gelangen. Doch der ... Pfad, der so viel Hoffnung verspricht, überlässt mich meiner Verantwortung für mich selbst. Ich muss die beschwerliche Reise unternehmen und die nötige Arbeit tun, um mein Leben, meine Einstellungen und selbstsüchtigen Gewohnheiten zu heilen. Und alles, was geschieht – jeder Verlust, jede Frustration – öffnet den Blick für neue Herausforderungen.“ (Longacker, S.333)

Belschner schreibt ebenso deutlich: „Ich helfe mir, indem ich das menschliche Leben mit der initiatorischen Reise eines Helden oder einer Heldin vergleiche ... Die Reise des Helden bzw. der Heldin beschreibt einen Übergang: Die Person kehrt nicht als die gleiche von der Reise zurück. Sie weiß dies auch schon vorher. Auf ihrer Reise wird sie – im Hinblick auf ihre bisherige Lebensführung – lebensbedrohlichen Gefahren begegnen, wird sie in existentielle Grenzsituationen geraten, in denen sie scheitern und – hinsichtlich ihrer bisherigen Gewissheiten – umkommen kann; ja, es ist ihre Aufgabe, die Grenzsituationen aufzusuchen und sich deren Dramatik, nämlich dem notwendigen Sterben des Ichs, zu stellen.“ (Belschner u.a. 2000, S. 96)

Die Vereinigung Analytischer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (VAKJP) schreibt in ihrem Jahresbericht 2002: „Die Forderung nach externen, objektivierenden Elementen machen das Streben des Gesetzgebers und der Krankenkasse nach externer Kontrolle deutlich und steht im Widerspruch zu allen Verfahren, die mit dem Unbewussten und mit der Übertragung arbeiten. Die scheinbare Objektivität, die den Patienten zum Objekt einer Untersuchung macht und den Therapeuten zum „objektiven Behandler“, zerstört den Zusammenhang.“ (VAKJP Jahresbericht 2002, S. 9).

Ein Fazit dieser Arbeit ist, dass die Fragebögen, mit denen hier „gemessen“ wurde, nicht alle Dimensionen erfassen und erfragen, die in analytischen und tiefenpsychologisch fundierten Kinder – und Jugendlichentherapien beinhaltet sind. Die Entwicklung eines erweiterten Fragebogens, unter Einbeziehung von Aspekten der Ansätze von Belschner und Galuska wäre Gegenstand einer eigenen Arbeit.

22. Liste der Abbildungen und Tabellen

Abbildungen

Abb. 9-1	Anteile von Verbesserungen MVL
Abb.10-1	Mittelwertvergleich Eltern – Kinder GBB Anamnese
Abb.10-2	Anteile von Verbesserungen Eltern – Kinder GBB
Abb.10-3	Beurteilungsdifferenzen Eltern – Kinder GBB
Abb.11-1	Anteile von Verbesserungen ALS
Abb.13-1	Anteile von Verbesserungen ALS n=26
Abb.16-1	Boxplots GBB Kinder
Abb.16-2	Boxplots GBB Eltern
Abb.16-3	Boxplots MVL
Abb.16-4	Boxplots ALS
Abb.20-1	Modell der integralen Diagnostik Galuska
Abb.25-1	Anteile von Verbesserungen GBB Kinder n=26
Abb.25-2	Anteile von Verbesserungen GBB Eltern n=26
Abb.25-3	Beurteilungsdifferenzen Eltern – Kinder GBB N026
Abb.25-4	Anteile von Verbesserungen MVL n=17

Tabellen

Tab. 8-1	Eingangswerte MVL
Tab. 8-2	Eingangswerte GBB
Tab. 8-3	Eingangswerte ALS
Tab. 9-1	Fremdeinschätzung Skalen Rohwerte MVL
Tab. 9-2	Fremdeinschätzung Prozent-Rangwerte MVL
Tab. 9-3	Vorher-Nachher-Vergleich der Gesamt-Mittelwerte
Tab. 9-4	Vorher-Nachher-Vergleich der Gesamt-Mittelwerte gruppiert, Subskalen
Tab. 9-5	Vorher-Nachher-Vergleich der Gesamt-Mittelwert gruppiert, Gesamtskala
Tab. 9-6	Nonparametrische Tests für verbundene Paare, MVL
Tab. 9-7	Drittvariablenkontrollen
Tab.10-1	Skalen Rohwerte Kinder GBB
Tab.10-2	Skalen Prozentrangwerte Kinder GBB
Tab.10-3	Vorh.-Nachh.-Vergl. der Ges.-Mittelwerte gruppiert Kinder Subskalen
Tab.10-4	Vorh.-Nachh.-Vergl. der Ges.-Mittelwerte gruppiert Kinder Gesamtskala
Tab.10-5	Zusammenstellung Verbesserungen Skalen Kinder GBB
Tab.10-6	Skalen Rohwerte Eltern GBB
Tab.10-7	Vorher-Nachher-Vergleich der Gesamt-Mittelwerte gruppiert, Subskalen
Tab.10-8	Vorher-Nachher-Vergleich der Gesamt-Mittelwert gruppiert, Gesamtskala
Tab.10-9	Mittelwertvergleich Eltern – Kinder GBB
Tab.10-10	Vergleich Verbesserungen Angaben Eltern – Kinder GBB
Tab.10-11	Differenz Eltern – Kind im Urteil Verbesserung GBB
Tab.10-12	Nonparametrische Tests für verbundene Paare GBB Kinder
Tab.10-13	Nonparametrische Tests für verbundene Paare GBB Eltern
Tab.11-1	Skalen Rohwerte ALS
Tab.11-2	Prozentrangwerte ALS
Tab.11-3	Veränderung Rohwerte und Prozentrangwerte ALS
Tab.11-4	Vorher-Nachher-Vergleich der Gesamt-Mittelwerte gruppiert, Subskalen
Tab.11-5	Vorher-Nachher-Vergleich der Gesamt-Mittelwert gruppiert, Gesamtskala
Tab.11-6	Nonparametrische Tests für verbundene Paare ALS

Tab.11-7	Drittvariablenkontrollen ALS
Tab.12-1	Vergleich mit Normwerten MVL
Tab.12-2	Vergleich mit Normwerten GBB Kinder
Tab.12-3	Vergleich mit Normwerten ALS
Tab.13-1	Mittelwertveränderungen ALS n=26
Tab.13-2	Mittelwertvergleiche Rohwerte Kinder ALS n=26
Tab.13-3	Mittelwertvergleiche Prozentrangwerte Kinder ALS n=26
Tab.13-4	Veränderung Rohwerte und Prozentrangwerte Als n=26
Tab.13-5	Vorher-Nachher-Vergleich der Gesamt-Mittelwerte gruppiert n=26
Tab.13-6	Nonparametrische Tests für verbundene Paare, ALS n=26
Tab.14-1	Nonparametrische Tests für verbundene Paare ALS, Altersgruppentrennung
Tab.14-2	Nonparametrische Tests für verbundene Paare ALS ohne Altersgruppentrennung
Tab.15-1	Altersmittelwerte ALS
Tab.15-2	Nonparametrische Tests für verbundene Paare ALS mit Geschlechtsgruppentrennung
Tab.15-3	Verteilung Altersgruppen ALS
Tab.16-1	Varianzanalysen GBB Kinder
Tab.16-2	Varianzanalysen GBB Kinder Messwiederholungen
Tab.16-3	Varianzanalysen GBB Eltern
Tab.16-4	Varianzanalysen GBB Eltern Messwiederholungen
Tab.16-5	Varianzanalysen MVL
Tab.16-6	Varianzanalysen MVL Messwiederholungen
Tab.16-7	Varianzanalysen ALS
Tab.16-8	Varianzanalysen ALS Messwiederholungen
Tab.16-9	Übersicht Varianzanalysen mit Messwiederholungen
Tab.16-10	Vergleich Varianzanalysen und Nonparametrische Tests
Tab.17-1	Baum-Zeichentest – prozentuale Verteilung besser, schlechter, gleich
Tab.17-2	Baum-Zeichentest Nonparametrische Tests für verbundene Paare n=16+6
Tab.17-3	Baum-Zeichentest Nonparametrische Tests für verbundene Paare n=22
Tab.20-1	Überblick über alle Testverfahren
Tab.24-1	Skalen Rohwerte Eltern GBB n=26
Tab.24-2	Skalen Rohwerte Kinder GBB n=26
Tab.24-3	Skalen Prozentrangwerte Kinder GBB n=26
Tab.24-4	Vorher-Nachher-Vergleiche der Gesamt-Mittelwerte Eltern und Kinder GBB n=26
Tab.24-5	Vorh.-Nachh.Vergl. der Ges.Mittelwerte gruppiert Subskalen Kinder n=26
Tab.24-6	Vorh.-Nachh.Vergl. der Ges.Mittelwerte gruppiert Gesamtskala Kinder GBB n=26
Tab.24-7	Vorh.-Nachh.Vergl. der Ges.Mittelwerte gruppiert Subskalen Eltern GBB n=26
Tab.24-8	Vorh.-Nachh.Vergl. der Ges.Mittelwerte gruppiert Gesamtskala Eltern GBB n=26
Tab.24-9	Nonparametrische Tests für verbundene Paare Kinder, GBB n=26
Tab.24-10	Nonparametrische Tests für verbundene Paare Eltern, GBB n=26
Tab.24-11	Vergleich Verbesserungen Angaben Eltern – Kinder GBB n=26
Tab.24-12	Skalen Rohwerte MVL n=17
Tab.24-13	Skalen Prozentrangwerte MVL n=17
Tab.24-14	Vorher-Nachher-Vergleiche der Gesamt-Mittelwerte MVL N=17
Tab.24-15	Vorher-Nachher-Vergleiche der Gesamt-Mittelwerte gruppiert Subskalen MVL n=17
Tab.24-16	Vorher-Nachher-Vergleiche der Gesamt-Mittelwerte gruppiert Gesamtskala MVL n=17
Tab.24-17	Nonparametrische Tests für verbundene Paare MVL n=17

23. Literaturverzeichnis

1. Avé-Lallemant U.: Baum Tests. Mit einer Einführung in die symbolische und graphologische Interpretation. München Basel 1990.
2. Battegay R.; Glatzel, J. u.a.: Handwörterbuch der Psychiatrie. Stuttgart 1984.
3. Baumann, U.; Seidenstücker, G.: Multimethodale Diagnostik, in: Baumann, U., Berbalk, H., Seidenstücker, G. (Hg.): Klinische Psychologie. Trends in Forschung und Praxis Bd.1. Bern, Stuttgart, Wien 1978.
4. Bauriedl, Th.: Auch ohne Couch. Psychoanalyse als Beziehungstheorie und ihre Anwendungen. Stuttgart 1996.
5. Belschner W. (Hg.) 2001a: Perspektiven Transpersonaler Forschung. Beiträge anlässlich der 1. Tagung für Transpersonale Psychologie und Psychotherapie am 23.-24. Juni an der Universität Oldenburg. Oldenburg.
6. Belschner W. 2001b: Tun und Lassen. Ein komplementäres Konzept der Lebenskunst. In: Transpersonale Psychologie und Psychotherapie Heft 2/2001, S.85-102.
7. Belschner W. u. Gottwald, P. (Hg.): Gesundheit und Spiritualität. Transpersonale Studien Band 1. Oldenburg: BIS, 2000.
8. Belschner, W.; Galuska, J.; Walach, H. u. Zundel, E. (HG): Perspektiven Transpersonaler Forschung. Transpersonale Studien Band 3. Oldenburg: BIS, 2001.
9. Biermann G. und U.: Die Kinder von Tschernobyl: Nadezhda, Hoffnung durch Hilfe. München Basel 1993.
10. Brähler E.: Giessener Beschwerdebogen für Kinder und Jugendliche (GBB-KJ). Handanweisung. Bern;Göttingen;Toronto, 1992.
11. Brähler, E.; Ernst, R. u.a. (1986): Körperbeschwerden von Kindern im Alter von 8-15 Jahren. In: Brähler, E. (Hg.). Körpererleben. Ein Subjektiver Ausdruck von Leib und Seele. Beiträge zur psychosomatischen Medizin, Heidelberg, S. 253-266.
12. Brähler, E.; Möhring, P (1986): Der Körper im Beschwerdebild – Erfahrungen mit dem Giessener Beschwerdebogen. In: Brähler, E. (Hg.). Körpererleben. Ein Subjektiver Ausdruck von Leib und Seele. Beiträge zur psychosomatischen Medizin, Heidelberg, S. 232-252.
13. Brisch K.H. und Kächele H., Entwicklungsorientierte Evaluation in der Psychotherapie. In: Oerter Rolf, Klinische Entwicklungspsychologie, Weinheim 1999, S. 557-577.
14. Brunner R.: Überlegungen zur Entwicklung individualpsychologischer Psychotherapieforschung. In: Zeitschrift für Individualpsychologie, 1994, Heft 3, S. 186-190.
15. Cremerius, J.: Die Beurteilung des Behandlungserfolges in der Psychotherapie. Berlin, Göttingen, Heidelberg, 1962.
16. Cremerius, J: Wodurch wirkt Psychotherapie? In: Lang, H. (Hg.), Wirkfaktoren der Psychotherapie. Würzburg 1994, S. 15-23.
17. Dührssen, A. (1994): Katamnestische Untersuchung bei 150 Kindern und Jugendlichen nach analytischer Psychotherapie. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 7, S. 241-255.

18. Ehlers, B.; Ehlers T. (1977): Quantitative Problemdiagnose und Therapiekontrolle auf der Basis von Verhaltenseinschätzungen durch die Eltern. In: Tack W.H. (Hg.): Bericht über den 30. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie 1976 in Regensburg. Göttingen , Bd.2, S. 136-138.
19. Ehlers, B.; Ehlers, T.(1976): Die Verwendbarkeit des Elternurteils zur Abklärung der Therapiebedürftigkeit und des Therapieverlaufes bei Spieltherapie. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 25, S. 210-215.
20. Fahrig, H.; Kronmüller, K.T.; Hartmann, M.; Rudolf, G. (1996): Therapieerfolg analytischer Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. Die Heidelberger Studie zur Analytischen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie. In: Zsch. Psychosom. Med. 42, S. 375-395.
21. Fonagy, P.; Target, M. (1994): The efficacy of psychoanalysis for children with disruptive disorders. Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 33, S. 45-55.
22. Fonagy, P., Target, M. (1996): Predictors of outcome in child psychoanalysis: A retrospective study of 763 cases at the Anna Freud centre. Journal of American Psychoanalytic Association 44, S. 27-77.
23. Galuska, J. (1998): Die transpersonale Dimension in der Psychotherapie. In: Riedel, L. (Hg), Sinn und Unsinn der Psychotherapie, Mandala Media Rheinfelden, S. 41-60. Sonderdruck der Fachklinik Heiligenfeld, S. 1-19.
24. Galuska, J. (2000): Ziele stationärer Psychotherapie aus ganzheitlicher Sicht. In: Belschner Wilfried, Gottwald Peter (Hrsg.), Gesundheit und Spiritualität. BIS Oldenburg 2000, 149-157.
25. Greb, M.: Behandlungsziel; Symptombesserung versus psychische Veränderung. In: VAKJP (Hg): Einblicke in die Analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie, VAKJP Schriftenreihe, Band 4, 1996, S. 22-23.
26. Hagemann, S.J.J.M.; Arindell, W.A.: A further refinement of the Reliable Change (RC) Index by improving the pre-post difference score: introducing RCID. In: Behaviour Research and Therapy, Vol 31, Number 7, 1993, S. 693-699.
27. Hammon C. (19..): Die Psychodiagnostische Baumzeichnung, Wege zu einer systematischen Bildanalyse.
28. Heckrath, C.; Dohmen, P.: Wege und Umwege der Psychotherapieforschung. In: Zeitschrift für Individualpsychologie, 1994, Heft.19, S. 156-167.
29. Heisterkamp G.: Heilsame Berührungen, Praxis leibfundierter analytischer Psychotherapie. München 1993.
30. Howard, Kl.; Kopta, Sm.; Krause, Ms.: The dose-effect relationship in psychotherapy. In: The American Journal of Psychology, Heft 41, 1986, S. 159-164
31. Hirschmüller, B.; Hopf, H. u.a. (1997): Dauer und Frequenz analytischer Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. Daten und Fakten. VAKJP-Schriftenreihe Band 5, Mannheim.
32. Huber Michaela (1987): Nur Gewinner? Psychologie Heute 14, S. 36-43.
33. Jacobsen, S., Follette, W., Revenstorf .D.: Psychotherapy outcome research: Methods for reporting variability and evaluating clinical significance. Journal of Behavior therapy, 1984, Heft 5, S. 336-352.
34. Kazdin, A.E. (1994), Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Aktueller Stand, Fortschritte und zukünftige Entwicklungen. In: Psychotherapeut 39, S. 345-367.
35. Kähler, W.-M.: Einführung in die Statistische Datenanalyse. Braunschweig Wiesbaden 1995.
36. Kähler, W.-M.: SPSS für Windows: Eine Einführung in die Datenanalyse. Braunschweig 1998, 4. Auflage.
37. Kleinig, G.; Moore, H.(1968): Soziale Selbsteinschätzung (SSE), Ein Instrument zur Messung sozialer Schichten. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 20, 1968, S. 502-552.

38. Koch, K. (1986): Der Baumtest: der Baumzeichenversuch als psychodiagnost. Hilfsmittel. Bern, 8. Aufl.
39. Krauth, J., Nichtparametrische Ansätze zur Auswertung von Verlaufskurven. In: Biometrische Zeitschrift, 1973, Heft 15, S. 557-566.
40. Langenmayr A., Kosfelder, J.: Evaluation in der Psychotherapie. In: Menne K. (Hg): Qualität in Beratung und Therapie, Evaluation und Qualitätssicherung für die Erziehungs- und Familienberatung, 1998.
41. Lehman W., G.A. Lienert: Nichtparametrischer Vergleich von Testprofilen und Verlaufskurven. In: Psychologische Beiträge, Heft 22, 1980, S. 432-448.
42. Lehmkuhl, G. et al, 1992, Psychotherapie bei Jugendlichen. In: Zeitschrift für Kinder- u. Jugendpsychiatrie. Heft 1, 1992, S. 169-184.
43. Longacker C.: Dem Tod begegnen und Hoffnung finden. Die emotionale und spirituelle Begleitung Sterbender. München Zürich 1997.
44. Manz, R., Henningsen C., Rudolf, G.: Methodische und statistische Aspekte der Therapieevaluation am Beispiel der Berliner Psychotherapiestudie. Psychotherapie, Psychosomatik, Medizin. Psychologie, 1995, Heft 45, S. 52-59.
45. Mehl J. , Göpfert S.: Theoretische und Methodische Probleme der Erfolgsforschung in der Psychotherapie. In: Lang H. (Hg.): Wirkfaktoren der Psychotherapie. Würzburg 1994, 2.Aufl., S. 181-197.
46. Norusis, M.J., Statistik mit SPSS. Stuttgart New York, 1989.
47. Prehler-Röther M., Standardisierung des Giessener Beschwerdeboogens für Kinder und Jugendliche. Inaugural-Dissertation, Giessen 1991.
48. Prehler M., Kupfer J., Brähler E.: Der Giessener Beschwerdebogen für Kinder und Jugendliche (GBB-KJ). In: Zeitschrift für Psychother. Psychosom. med. Psychol., Heft 42, 1992, S. 71-77.
49. v. Rad M., Senf W., Bräutigam W. (1998): Psychotherapie und Psychoanalyse in der Krankenversorgung: Ergebnisse des Heidelberger Katamnese-Projektes. In: PPM. Psychother. Psychosom. Med. Psychol. 48, S. 88-100.
50. Schauder, T. (1996): ALS. Die Aussagen-Liste zum Selbstwertgefühl für Kinder und Jugendliche. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage.
51. Schauder, T. (1998): Selbstwert, Angst und Ursachenzuschreibung. Eine Untersuchung von Kindern und Jugendlichen aus dem Heim und aus der Reha-Klinik. Landau.
52. Schmidtchen, D., Hübner B. (1978): Effektivitätsüberprüfung der klientenzentrierten Spieltherapie. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 27, S. 117-125.
53. Schmidtchen, S. (1991): Klientenzentrierte Spiel- und Familientherapie. Psychologische Verlags Union. Weinheim.
54. Schnell, R., Hill, P., Esser, E.: Methoden der Empirischen Sozialforschung. München Wien 1999, 6. Auflage.
55. Schulte D. (1993): Wie soll Therapieerfolg gemessen werden? In: Zeitschrift für klinische Psychologie, Heft 22, S. 374-393.
56. Seidenstücker G., Baumann U. (1978): Multimethodale Diagnostik. In: Baumann U., Berbak, H., Seidenstücker G., Klinische Psychologie. Trends in Forschung u. Praxis, Bd.1, S. 134-182. Bern Stuttgart Wien.
57. Seidenstücker, G.; Baumann, U. (1987): Multimodale Diagnostik als Standard in der Klinischen Psychologie. In: Diagnostica, 33, S. 243-258.
58. Strupp HH, Hadley SW (1977): A tripartite model of mental health and therapeutic outcomes. Amer. Psychol. 32, S. 187-195.
59. Target M., Fonagy P.: Efficacy of Psychoanalysis for Children with Emotional Disorders. In: American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Journal of the Am. Ac. Child Adolesc. Psychiatry, 1994, Heft 33, S. 361-371.
60. Dies., The Efficacy of Psychoanalysis for Children with Disruptive Disorders. In: J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 1994, Heft 33, S. 45-55.
61. VAKJP (Hg.) (1996): Einblicke in die Analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie, VAKJP-Schriftenreihe, Band 4, Mannheim.

62. VAKJP: Jahresbericht 2002. In: Einladung zur Mitgliederversammlung 2003, Rundbrief.

24. Anhang

24.1 Tabellen: Zusammengefasste Untersuchungsgruppe von GBB und MVL

24.1.1 GBB – Untersuchungsgruppe n=26 (incl. Abbrechern)

Auf den folgenden Seiten werden die bekannten Analysen (alle Tests und Voraussetzungen entsprechen dem früheren Verfahren) durchgeführt. Die Ergebnisse der Kontrollgruppe werden hier mit denen der Untersuchungsgruppe ohne Abbrecher (früher Therapie regulär beendet, n=18, Zahlenangaben in Klammern) und die der zusammengefassten - Untersuchungsgruppe inklusive aller Abbrecher (n= 26) verglichen.

Tabelle 24-1: GBB - Mittelwertvergleiche Eltern (erster vs letzter Test) (t-tests)

In Klammern (ohne Therapieabbrecher)

ELTERN - Skalen-Rohwerte*

ELTERN - Skalen-Rohwerte*	Untersuchungsgruppe (n = 26)		
	Anamnese	Katamnese	P
Erschöpfung	7,19 (5,9)	5,38 (4,4)	,164 (,192)
Magensymptomatik	7,35 (6,8)	4,77 (4,6)	,008 (,059)
Gliederschmerz	3,96 (4,8)	2,96 (2,7)	,361 (,136)
Kreislaufsymptomatik	2,31 (2,3)	2,12 (1,7)	,780 (,411)
Erkältungsymptomatik	9,5 (8,4)	7,27 (6,7)	,052 (,207)
Gesamt-Beschwerdedruck	30,28 (28,2)	22,50 (20,1)	,044 (0,08)

* ohne Berücksichtigung von Alter und Geschlecht

ELTERN - Skalen-Rohwerte*	Kontrollgruppe (n = 15)		
	Anamnese	Katamnese	p
Erschöpfung	8,8	6,8	0,364
Magensymptomatik	7,3	5,8	0,335
Gliederschmerz	5,1	4,6	0,757
Kreislaufsymptomatik	3,1	3,2	0,904
Erkältungsymptomatik	8,4	8,3	0,961
Gesamt-Beschwerdedruck	32,7	28,7	0,524

* ohne Berücksichtigung von Alter und Geschlecht

Tabelle 24-2: GBB - Mittelwertvergleiche Kinder Rohwerte (erster vs letzter Test) (t-tests)

KINDER - Skalen- Rohwerte*

KINDER - Skalen- Rohwerte*	Untersuchungsgruppe (n = 26)		
	Anamnese	Katamnese	p
Erschöpfung	8,42 (7,6)	8,00 (7,1)	,778 (0,769)
Magensymptomatik	7,50 (7,9)	6,00 (6,6)	,209 (0,343)
Gliederschmerz	5,00 (5,3)	5,04 (5,4)	,976 (0,974)
Kreislaufsymptomatik	4,85 (4,4)	4,73 (4,4)	,923 (1,000)
Erkältungsymptomatik	10,46 (9,8)	8,77 (9,0)	,188 (0,592)
Gesamt-Beschwerdedruck	36,23 (35,1)	32,54 (32,4)	,468 (0,671)

* ohne Berücksichtigung von Alter und Geschlecht

KINDER - Skalen- Rohwerte*	Kontrollgruppe (n = 15)		
	Anamnese	Katamnese	p
Erschöpfung	8,7	6,7	0,264
Magensymptomatik	7,9	7,1	0,536
Gliederschmerz	6,5	6,0	0,754
Kreislaufsymptomatik	4,1	3,8	0,827
Erkältungsymptomatik	10,8	9,1	0,366
Gesamt-Beschwerdedruck	38,1	32,7	0,451

* ohne Berücksichtigung von Alter und Geschlecht

In Klammern (ohne Therapieabbrecher)

Tabelle 24-3: GBB - Mittelwertvergleiche Kinder Prozentrangwerte (erster vs letzter Test) (t-tests)

KINDER - Prozent - Rangwerte

KINDER - Prozent - Rangwerte	Untersuchungsgruppe (n = 26)		
	Anamnese	Katamnese	p
Erschöpfung	66,58 (61,9)	56,19 (52,1)	,206 (0,346)
Magensymptomatik	65,92 (70,8)	53,04 (56,0)	,136 (0,150)
Gliederschmerz	58,81 (62,7)	51,92 (51,1)	,434 (0,303)
Kreislaufsymptomatik	66,62 (63,8)	65,23 (61,7)	,860 (0,828)
Erkältungsymptomatik	65,69 (59,3)	52,88 (55,3)	,135 (0,712)
Gesamt-Beschwerdedruck	64,15 (63,6)	53,31 (53,8)	,235 (0,411)

KINDER - Prozent - Rangwerte	Kontrollgruppe (n = 15)		
	Anamnese	Katamnese	P
Erschöpfung	74,3	52,4	0,081
Magensymptomatik	73,3	65,3	0,467
Gliederschmerz	70,5	58,4	0,301
Kreislaufsymptomatik	70,7	60,0	0,298
Erkältungsymptomatik	69,7	52,6	0,177
Gesamt-Beschwerdedruck	72,4	53,3	0,158

Tab. 24-4: Vorher-Nachher Vergleiche der Gesamt-Mittelwerte Eltern und Kinder

In Klammern (ohne Therapieabbrecher)

**** Veränderung Rohwert Eltern **.**

%Anteile Veränderung Rohwert Eltern	Untersuchungsgruppe (n = 26)	Kontrollgruppe (n = 15)
schlechter	24,0 (29,4)	33,3
gleich	4,0 (5,9)	6,7
besser	72,0 (64,7)	60,0

**** Veränderung Rohwert Kinder **.**

%Anteile Veränderung Rohwert Kinder	Untersuchungsgruppe (n = 26)	Kontrollgruppe (n = 15)
schlechter	38,5 (38,9)	40,0
gleich	3,8 (0)	0
besser	57,7 (61,1)	60,0

**** Veränderung Prozentrangwert Kinder **.**

%Anteile Veränderung %Rangwerte Kinder	Untersuchungsgruppe (n = 26)	Kontrollgruppe (n = 15)
schlechter	38,5 (38,9)	26,7
gleich	3,8 (0)	6,7
besser	57,7 (61,1)	66,7

Tab. 24-5: Vorher-Nachher Vergleiche der Gesamt-Mittelwerte gruppiert in den Subskalen - Kinder

In Klammern (ohne Therapieabbrecher)

Subskala: Erschöpfung

%Anteile Veränderung Diagnosegruppe Erschöpfung	Untersuchungsgruppe (n = 26)	Kontrollgruppe (n = 15)
schlechter	19,2 (22,2)	
gleich	46,2 (50,0)	60,0
besser	34,6 (27,8)	40,0

Subskala: Magensymptomatik

%Anteile Veränderung Diagnosegruppe Magensymptomatik	Untersuchungsgruppe (n = 26)	Kontrollgruppe (n = 15)
schlechter	26,9 (22,2)	6,7
gleich	38,5 (44,4)	60,0
besser	34,6 (33,3)	33,3

Subskala: Gliederschmerz

%Anteile Veränderung Diagnosegruppe Gliederschmerz	Untersuchungsgruppe (n = 26)	Kontrollgruppe (n = 15)
schlechter	26,9 (16,7)	
gleich	42,3 (55,6)	60,0
besser	30,8 (27,8)	40,0

Subskala: Kreislaufsymptomatik

%Anteile Veränderung Diagnosegruppe Kreislaufsymptomatik	Untersuchungsgruppe (n = 26)	Kontrollgruppe (n = 15)
schlechter	34,6 (33,3)	6,7
gleich	38,5 (38,9)	46,7
besser	26,9 (27,8)	46,7

Subskala: Erkältungsymptomatik

%Anteile Veränderung Diagnosegruppe Erkältungsymptomatik	Untersuchungsgruppe (n = 26)	Kontrollgruppe (n = 15)
schlechter	19,2 (22,2)	6,7
gleich	42,3 (50,0)	46,7
besser	38,5 (27,8)	46,7

Tab. 24-6: Vorher-Nachher Vergleiche der Gesamt-Mittelwerte gruppiert in der Gesamtskala – Kinder

Subskala: Beschwerdedruck

%Anteile Veränderung Diagnosegruppe Beschwerdedruck	Untersuchungsgruppe (n = 26)	Kontrollgruppe (n = 15)
schlechter	23,1 (27,8)	
Gleich	42,3 (38,9)	53,3
Besser	34,6 (33,3)	46,7

Tab. 24-7: Vorher-Nachher Vergleiche der Gesamt-Mittelwerte gruppiert in den Subskalen - Eltern

Vorher-Nachher Vergleiche der Diagnosegruppe - Eltern

In Klammern (ohne Therapieabbrecher)

Subskala: Erschöpfung

%Anteile Veränderung Diagnosegruppe Erschöpfung	Untersuchungsgruppe (n = 26)	Kontrollgruppe (n = 15)
Schlechter	11,5 (11,1)	6,7
Gleich	38,5 (44,4)	53,3
Besser	50,0 (44,4)	40,0

Subskala: Magensymptomatik

%Anteile Veränderung Diagnosegruppe Magensymptomatik	Untersuchungsgruppe (n = 26)	Kontrollgruppe (n = 15)
Schlechter	11,5 (11,1)	6,7
Gleich	26,9 (27,8)	46,7
Besser	61,5 (61,1)	46,7

Subskala: Gliederschmerz

%Anteile Veränderung Diagnosegruppe Gliederschmerz	Untersuchungsgruppe (n = 26)	Kontrollgruppe (n = 15)
Schlechter	20,0 (11,8)	20,0
Gleich	56,0 (52,9)	33,3
Besser	24,0 (35,3)	46,7

Subskala: Kreislaufsymptomatik

%Anteile Veränderung Diagnosegruppe Kreislaufsymptomatik	Untersuchungsgruppe (n = 26)	Kontrollgruppe (n = 15)
Schlechter	11,5 (5,6)	6,7
Gleich	50,0 (55,6)	60,0
Besser	38,5 (38,9)	33,3

Subskala: Erkältungssymptomatik

%Anteile Veränderung Diagnosegruppe Erkältungssymptomatik	Untersuchungsgruppe (n = 26)	Kontrollgruppe (n = 15)
Schlechter	15,4 (16,7)	20,0
Gleich	38,5 (44,4)	66,7
Besser	46,2 (38,9)	13,3

Tab. 24-8: Vorher-Nachher Vergleiche der Gesamt-Mittelwerte gruppiert in der Gesamtskala – Eltern

Subskala: Beschwerdedruck

%Anteile Veränderung Diagnosegruppe Beschwerdedruck	Untersuchungsgruppe (n = 26)	Kontrollgruppe (n = 15)
Schlechter	8,0 (5,9)	
Gleich	40,0 (47,1)	53,3
Besser	52,0 (47,1)	46,7

In Klammern (ohne Therapieabbrecher)

Tab. 24-9: Befunde nonparametrischer Tests für verbundene Paare (KINDER)

In Klammern (ohne Therapieabbrecher)

Nonparametrische Tests für verbundene Paare	Art Signifikanz Befund	Untersuchungsgruppe (n = 26)	Kontrollgruppe (n = 15)
Wilcoxon Matched-Pairs Signed-Ranks Test	2-Tailed P	,2195 (,3396)	,0164
Vorzeichen (Sign) Test	(Binomial) Exact 2-Tailed P	,6072 (1,0)	,0156
Marginal Homogeneity	Asymptotic Significance 2-Tailed P	,2579 (,4111)	,0143
McNemar Test (Vier-Felder Anordnung durch Gruppierung)	(Binomial) Exact 2-Tailed P	,5488 (,7266)	,1250

* Bei zweiseitigen Tests und Befunden mit Wahrscheinlichkeiten kleiner als 10% ($P < 0,10$) können die dem Test zugrundeliegenden Nullhypothesen zurückgewiesen werden (entspricht der Bedingung $P < 0,05$ bei einseitigen Tests).

** Interpretation aufgrund geringer Fallzahl problematisch

Tab. 24-10: Befunde nonparametrischer Tests für verbundene Paare (ELTERN)

In Klammern (ohne Therapieabbrecher)

Nonparametrische Tests für verbundene Paare	Art Signifikanz Befund	Untersuchungsgruppe (n = 26)	Kontrollgruppe (n = 15)
Wilcoxon Matched-Pairs Signed-Ranks Test	2-Tailed P	,0022 (,0138)	,0152
Vorzeichen (Sign) Test	(Binomial) Exact 2-Tailed P	,0074 (,0391)	,0156
Marginal Homogeneity	Asymptotic Significance 2-Tailed P	,0023 (,0137)	,0124
McNemar Test (Vier-Felder Anordnung durch Gruppierung)	(Binomial) Exact 2-Tailed P	,0063 (,0156)	,1250

* Bei zweiseitigen Tests und Befunden mit Wahrscheinlichkeiten kleiner als 10% ($P < 0,10$) können die dem Test zugrundeliegenden Nullhypothesen zurückgewiesen werden (entspricht der Bedingung $P < 0,05$ bei einseitigen Tests).

** Interpretation aufgrund geringer Fallzahl problematisch

Abb. 24-1

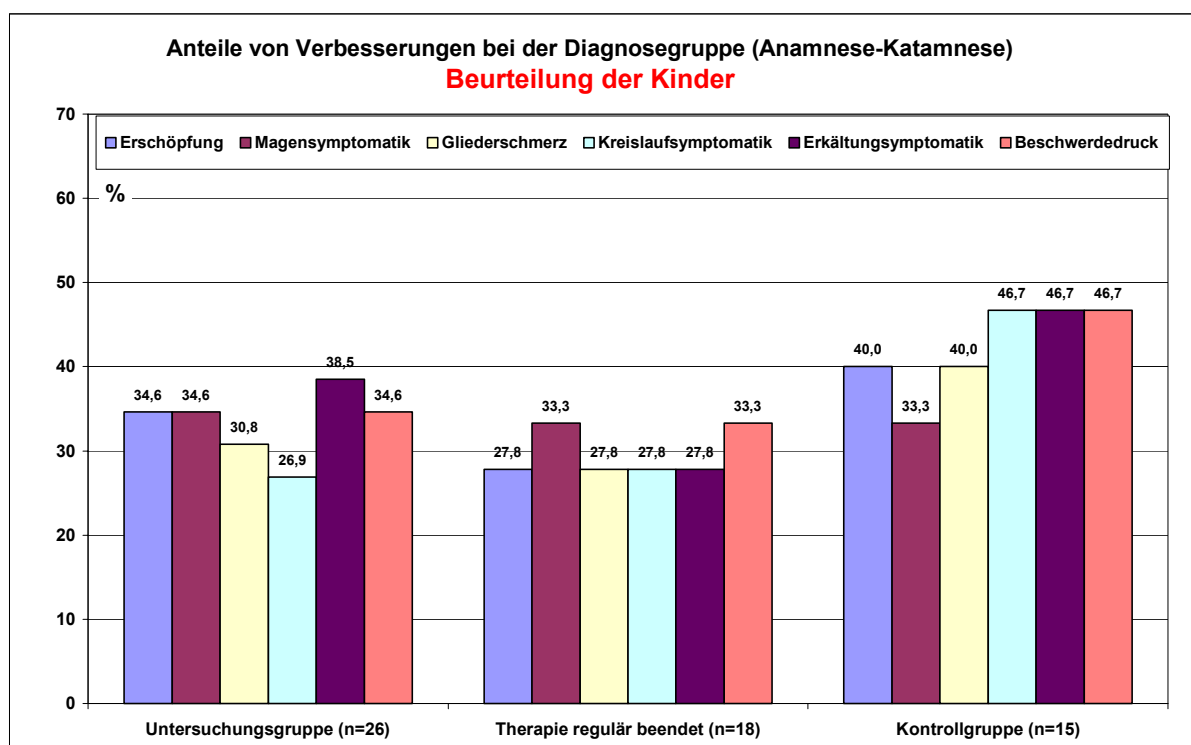
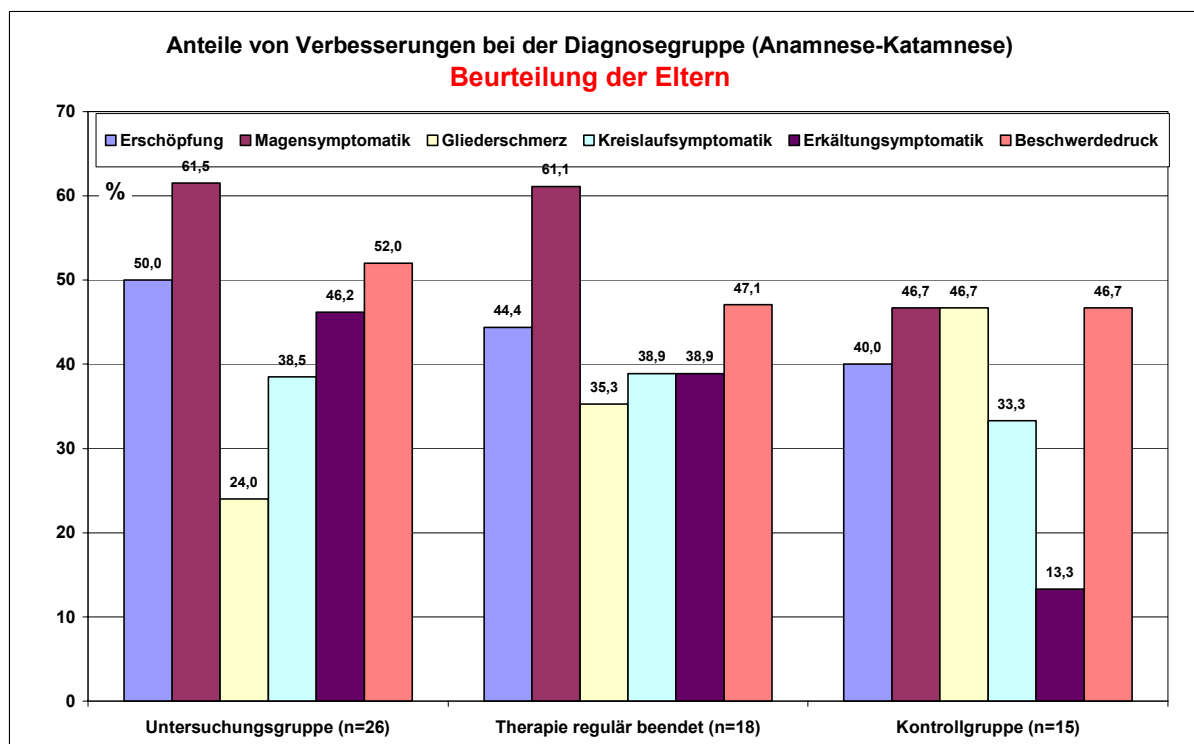


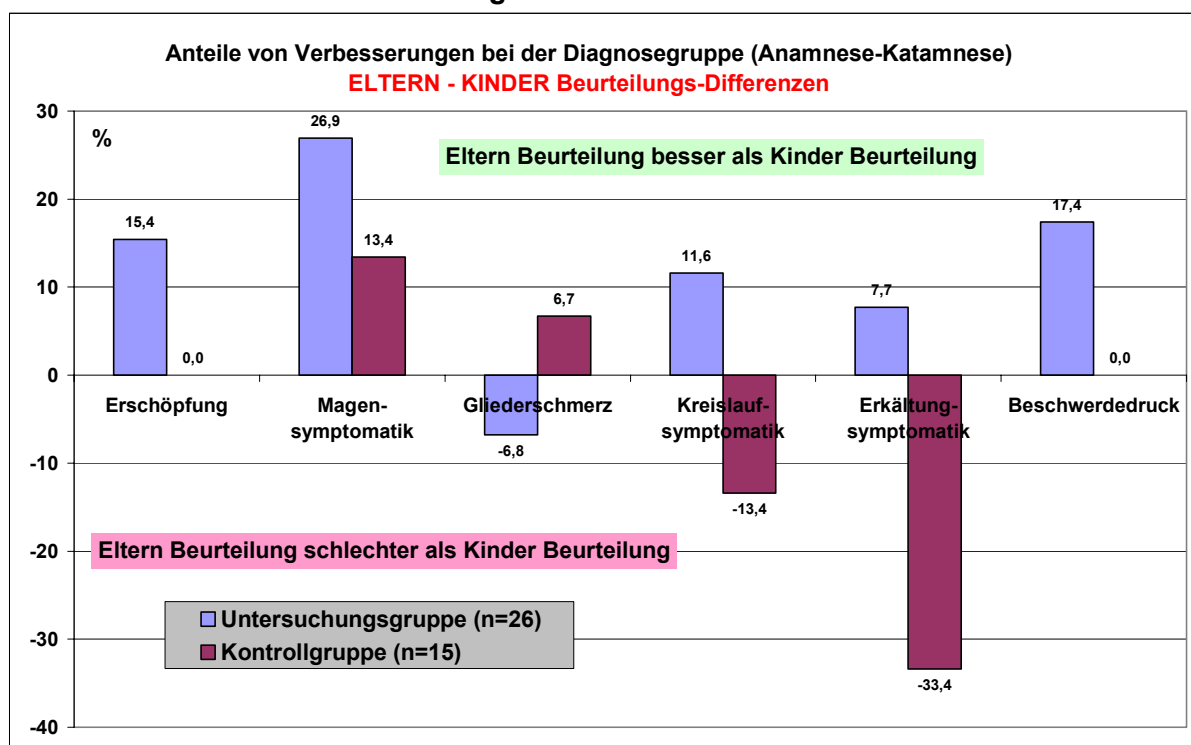
Abb 24.2:



Tab. 24-11: Differenz im Urteil Kinder- Eltern Verbesserungen GBB n=26

%Anteile Veränderung Diagnosegruppe	Kinder		Eltern		Differenz	
	Untersuchungsgruppe (n = 26)	Kontrollgruppe (n = 15)	Untersuchungsgruppe (n = 26)	Kontrollgruppe (n = 15)	Untersuchungsgruppe (n = 26)	Kontrollgruppe (n = 15)
Erschöpfung	34,6	40,0	50,0	40,0	15,4	0,0
Magen symptomatik	34,6	33,3	61,5	46,7	26,9	13,4
Gliederschmerz	30,8	40,0	24,0	46,7	-6,8	6,7
Kreislauf- Symptomatik	26,9	46,7	38,5	33,3	11,6	-13,4
Erkältung- Symptomatik	38,5	46,7	46,2	13,3	7,7	-33,4
Beschwerdedruck	34,6	46,7	52,0	46,7	17,4	0,0

Abb. 24-3: Eltern-Kinder Beurteilungsdifferenzen



Die Abbildung soll hier wieder die Unterschiedlichkeit der Beurteilung von Kindern und Eltern (auf einen Blick) veranschaulichen. Im positiven Bereich stehen die Balken für die Anteile, um die die (aus Anamnese und Katamnese- Angaben berechneten) Verbesserungsanteile im Elternurteil höher ausfallen, als die im Kinderurteil. Im negativen Bereich stehen die Balken für die Unterschiede, bei denen die Verbesserungsanteile im Kinderurteil höher ausfallen als im Elternurteil.

24.1.2 MVL – Untersuchungsgruppe n=17 (incl. Abbrechern)

Auf den folgenden Seiten werden wie bereits beim ALS und GBB im wesentlichen Teil die bereits bekannten Analysen (alle Tests und Voraussetzungen entsprechen dem früheren Verfahren) die Ergebnisse der Kontrollgruppe, der Untersuchungsgruppe ohne Abbrecher (früher Therapie regulär beendet, n=18, Zahlenangaben in Klammern) und die der zusammengefassten - Untersuchungsgruppe inklusive aller Abbrecher (n= 17) aufgeführt.

Tab. 24-12: MVL - Mittelwertvergleiche (erster vs letzter Test) (t-tests)

In Klammern (ohne Therapieabbrecher)

Fremdeinschätzung – Skalen - Rohwerte*

Skalen – Rohwerte*	Untersuchungsgruppe (n = 17)		
	Anamnese	Katamnese	p**
Emotionale Labilität	6,88 (6,62)	1,76 (1,77)	,000 (,001)
Kontaktangst	7,24 (5,92)	2,76 (1,77)	,005 (,009)
Unrealistisches Selbstkonzept	5,82 (6,38)	1,12 (1,38)	,000 (,001)
Unangepasstes Sozialverhalten	10,35 (10,08)	6,35 (6,62)	,076 (,211)
Instabiles Leistungsverhalten	10,35 (11,15)	3,41 (4,0)	,001 (,005)
MVL-Gesamt	40,65 (40,08)	15,41 (15,46)	,000 (,003)

* ohne Berücksichtigung von Alter und Geschlecht
 ** zweiseitige Signifikanz (**signifikant**)

Skalen – Rohwerte*	Kontrollgruppe (n = 12)		
	Anamnese	Katamnese	p**
Emotionale Labilität	8,58	6,42	,366
Kontaktangst	8,92	6,17	,176
Unrealistisches Selbstkonzept	9,33	5,92	,160
Unangepasstes Sozialverhalten	13,25	12,17	,734
Instabiles Leistungsverhalten	15,00	10,83	,228
MVL-Gesamt	55,08	41,67	,245

* ohne Berücksichtigung von Alter und Geschlecht
 ** zweiseitige Signifikanz

Fremdeinschätzung – Prozent - Rangwerte

Prozent – Rangwerte*	Untersuchungsgruppe (n = 17)		
	Anamnese	Katamnese	p**
Emotionale Labilität	77,76 (77,69)	43,65 (44,08)	,001 (,006)
Kontaktangst	77,00 (71,15)	50,71 (42,00)	,010 (,011)
Unrealistisches Selbstkonzept	77,35 (78,77)	38,35 (43,38)	,000 (,002)
Unangepasstes Sozialverhalten	77,47 (74,85)	61,71 (61,23)	,110 (,267)
Instabiles Leistungsverhalten	76,65 (77,15)	41,94 (45,69)	,001 (,015)
MVL-Gesamt	82,29 (79,69)	49,24 (48,31)	,001 (,010)

* unter Berücksichtigung des Geschlechts
 ** zweiseitige Signifikanz (**signifikant**)

Prozent – Rangwerte*	Kontrollgruppe (n = 12)		
	Anamnese	Katamnese	p**
Emotionale Labilität	76,92	74,42	,831
Kontaktangst	88,25	76,58	,158
Unrealistisches	85,50	72,17	,226
Unangepaßtes Sozialverhalten	86,42	80,00	,437
Instabiles Leistungsverhalten	87,67	70,67	,160
MVL-Gesamt	89,08	79,00	,302

* unter Berücksichtigung des Geschlechts
 ** zweiseitige Signifikanz

Tab. 24-13 Vorher-Nachher Vergleich der Gesamt-Mittelwerte

In Klammern (ohne Therapieabbrecher)

**** Veränderung Rohwerte **.**

%Anteile Veränderung Rohwert*	Untersuchungs- gruppe (n = 17)	Kontrollgruppe (n = 12)
Schlechter	0 (0)	16,7
Gleich	0 (0)	0
Besser	100 (100)	83,3

* ohne Berücksichtigung von Alter und Geschlecht

**** Veränderung Prozentrangwerte **.**

%Anteile Veränderung %Rangwerte*	Untersuchungs- gruppe (n = 17)	Kontrollgruppe (n = 12)
Schlechter	0 (0)	16,7
Gleich	0 (0)	25,0
Besser	100 (100)	58,3

* unter Berücksichtigung des Geschlechts

Tab. 24-15: Vorher-Nachher Vergleiche der Gesamt-Mittelwerte gruppiert in den Subskalen

* unter Berücksichtigung von Alter und Geschlecht
In Klammern (ohne Therapieabbrecher)

Subskala: Emotionale Labilität

%Anteile Veränderung Diagnosegruppe	Untersuchungs- gruppe (n = 17)	Kontrollgruppe (n = 12)
schlechter	0 (0)	8,3
gleich	23,5 (30,8)	75,0
besser	76,5 (69,2)	16,7

Subskala: Kontaktangst

%Anteile Veränderung Diagnosegruppe	Untersuchungs- gruppe (n = 17)	Kontrollgruppe (n = 12)
schlechter	0 (0)	8,3
gleich	47,1 (38,5)	66,7
besser	52,9 (61,5)	25,0

Subskala: Unrealistisches Selbstkonzept

%Anteile Veränderung Diagnosegruppe	Untersuchungs- gruppe (n = 17)	Kontrollgruppe (n = 12)
schlechter	0 (0)	25,0
gleich	11,8 (15,4)	41,7
besser	88,2 (84,6)	33,3

Subskala: Unangepaßtes Sozialverhalten

%Anteile Veränderung Diagnosegruppe	Untersuchungs- gruppe (n = 17)	Kontrollgruppe (n = 12)
schlechter	0 (0)	0
gleich	64,7 (69,2)	66,7
besser	35,3 (30,8)	33,3

Subskala: Instabiles Leistungsverhalten

%Anteile Veränderung Diagnosegruppe	Untersuchungs- gruppe (n = 17)	Kontrollgruppe (n = 12)
schlechter	0 (0)	25,0
gleich	41,2 (46,2)	41,7
besser	58,8 (53,8)	33,3

Tab. 24-16: Vorher-Nachher Vergleiche der Gesamt-Mittelwerte gruppiert in der Gesamtskala

* unter Berücksichtigung von Alter und Geschlecht

In Klammern (ohne Therapieabbrecher)

Subskala: MVL-Gesamt

%Anteile Veränderung Diagnosegruppe	Untersuchungs- gruppe (n = 17)	Kontrollgruppe (n = 12)
schlechter	0 (0)	8,3
gleich	29,4 (38,5)	66,7
besser	70,6 (61,5)	25,0

Tab. 24-17: Befunde nonparametrischer Tests für verbundene Paare

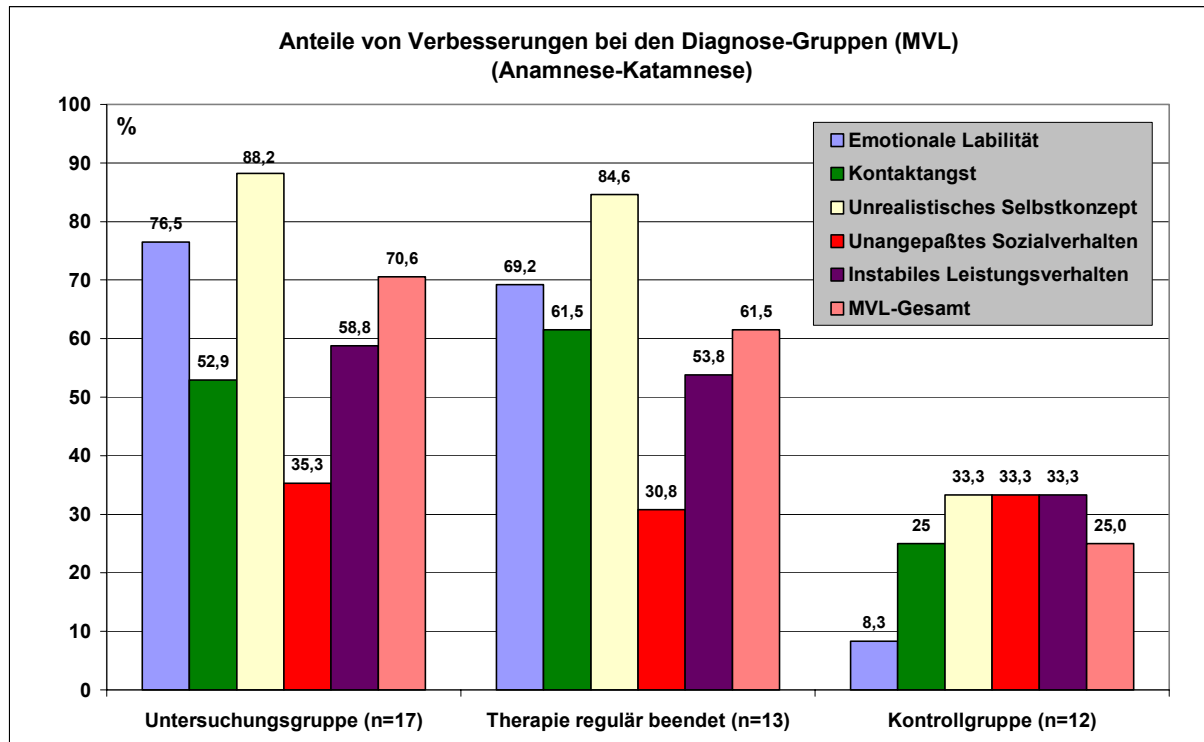
Nonparametrische Tests für verbundene Paare	Art Signifikanz Befund	Untersuchungs- gruppe (n = 17)	Kontrollgruppe (n = 12)
Wilcoxon Matched-Pairs Signed-Ranks Test	2-Tailed P	,0019 (,0108)	,1936
Vorzeichen (Sign) Test	(Binomial) Exact 2-Tailed P	,0005 (,0078)	,6250
Marginal Homogeneity	Asymptotic Significance 2-Tailed P	,0012 (,0079)	,1797
McNemar Test (Vier-Felder Anordnung durch Gruppierung)	(Binomial) Exact 2-Tailed P	,0039 (,0313)	,5000

Alle Befunde signifikant!

* Bei zweiseitigen Tests und Befunden mit Wahrscheinlichkeiten kleiner als 10% ($P < 0,10$) können die dem Test zugrundeliegenden Nullhypothesen zurückgewiesen werden (entspricht der Bedingung $P < 0,05$ bei einseitigen Tests).

** Interpretation aufgrund geringer Fallzahl problematisch

Abb. 24-4:



24.2 Auswahl Baumzeichnungen

Auf den folgenden Seiten findet sich eine Auswahl an Baumzeichnungen – ausgesucht aufgrund des Kriteriums: für jede vorhandene „Kombination“ ein Beispiel.

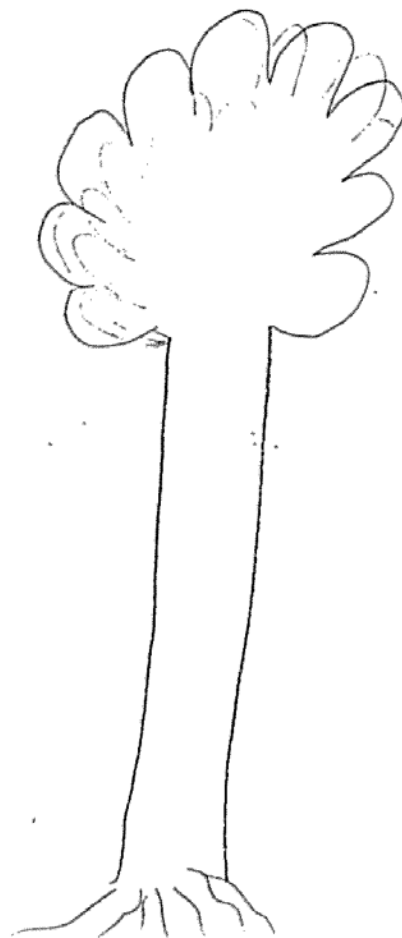
Dass sich z.B. zur Kontrollgruppe keine Baumzeichnung mit dem Rater-Urteil „gleich“ findet, bedeutet, dass dieser Fall in dieser Untersuchung nicht aufgetreten ist.

Anhand der ID-Nr. ist es möglich nachzusehen, wie der betreffende Patient in den anderen Tests abgeschnitten hat (siehe Tabelle 19.1).

Liste der Abbildungen

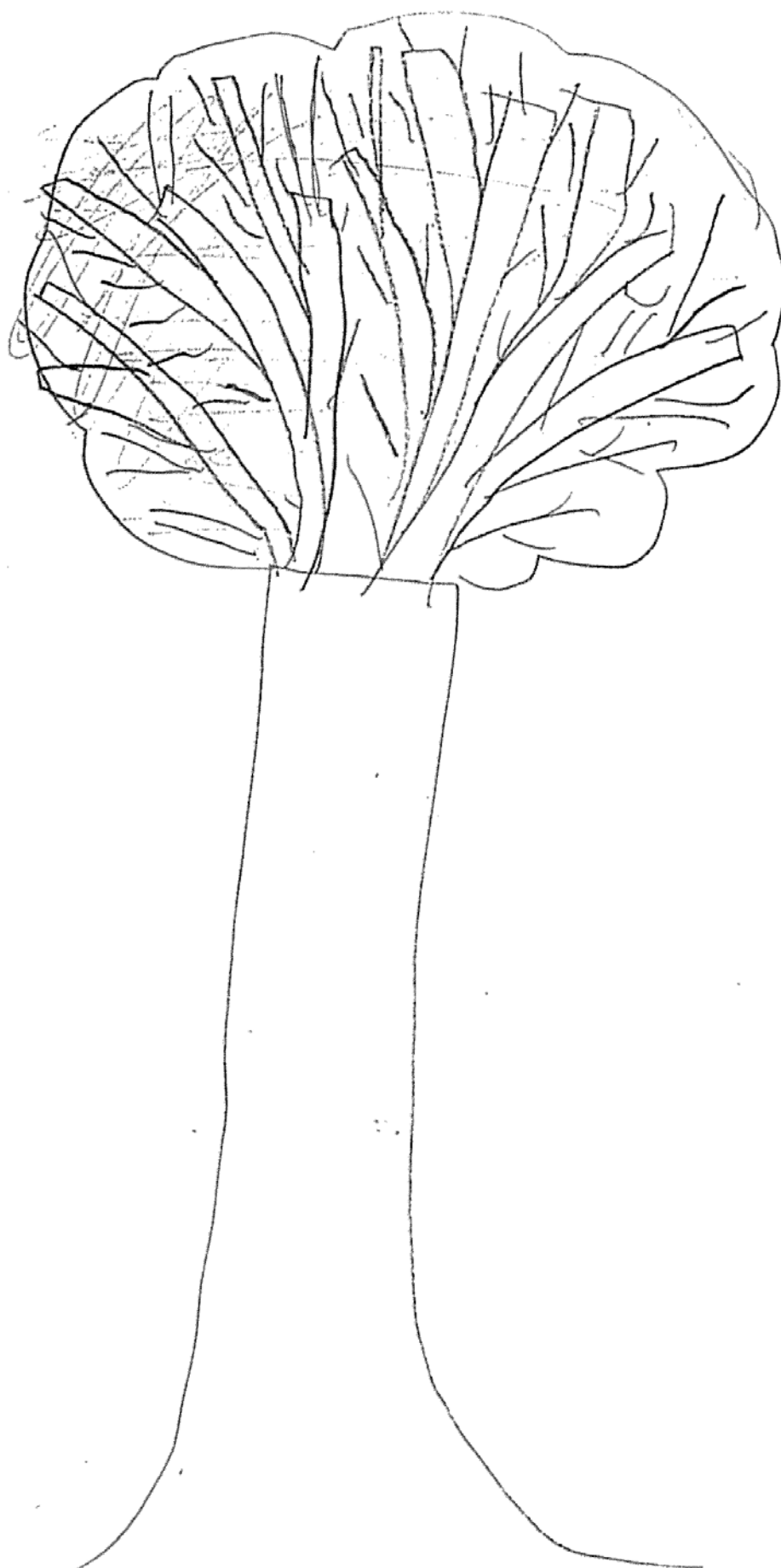
- I Langzeittherapie, regulär beendet, Verbesserung, ID Nr. 4, Therapiebeginn und Ende
- II Langzeittherapie, regulär beendet, Verschlechterung, ID27, Therapiebeginn und Ende
- III Langzeittherapie, Abbrecher, Verbesserung, ID Nr. 23, Therapiebeginn und Ende
- IV Langzeittherapie, Abbrecher, Verschlechterung, ID Nr. 17, Therapiebeginn und Ende
- V Langzeittherapie, Abbrecher, gleich, ID Nr. 26, Therapiebeginn und Ende
- VI Kurzzeittherapie, reg.beendet, Verbesserung, ID Nr. 6, Therapiebeginn und Ende
- VII Kurzzeittherapie, reg.beendet, Verschlechterung, ID Nr. 40, Therapiebeginn und Ende
- VIII Kontrollgruppe, Verbesserung, ID Nr. 25, Anfang und Ende
- IX Kontrollgruppe, Verschlechterung, ID Nr. 22, Anfang und Ende

- I Langzeittherapie, regulär beendet, Verbesserung, ID Nr. 4,
Therapiebeginn und Ende

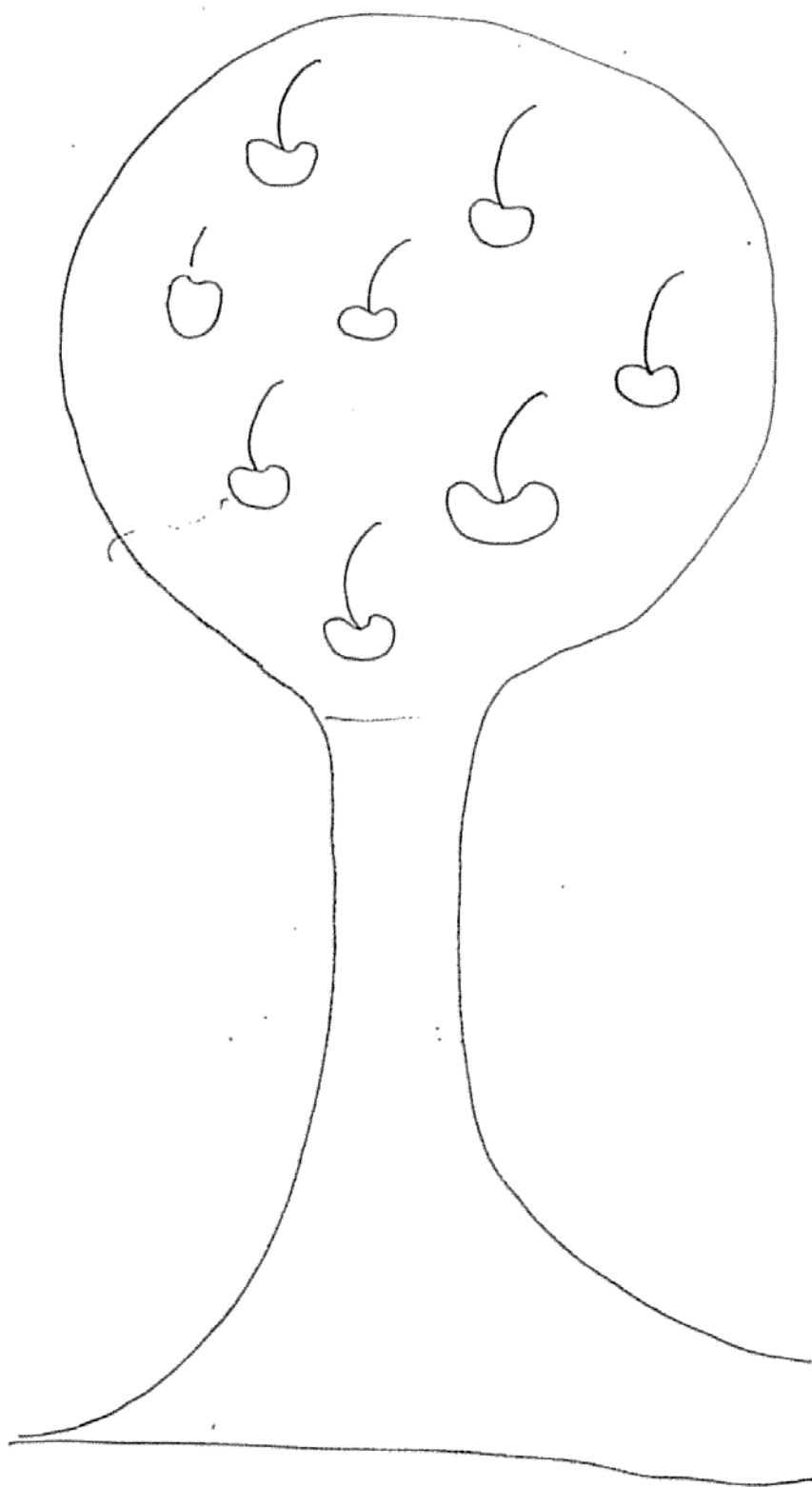


- I Langzeittherapie, regulär beendet, Verbesserung, ID Nr. 4,
Therapiebeginn und Ende





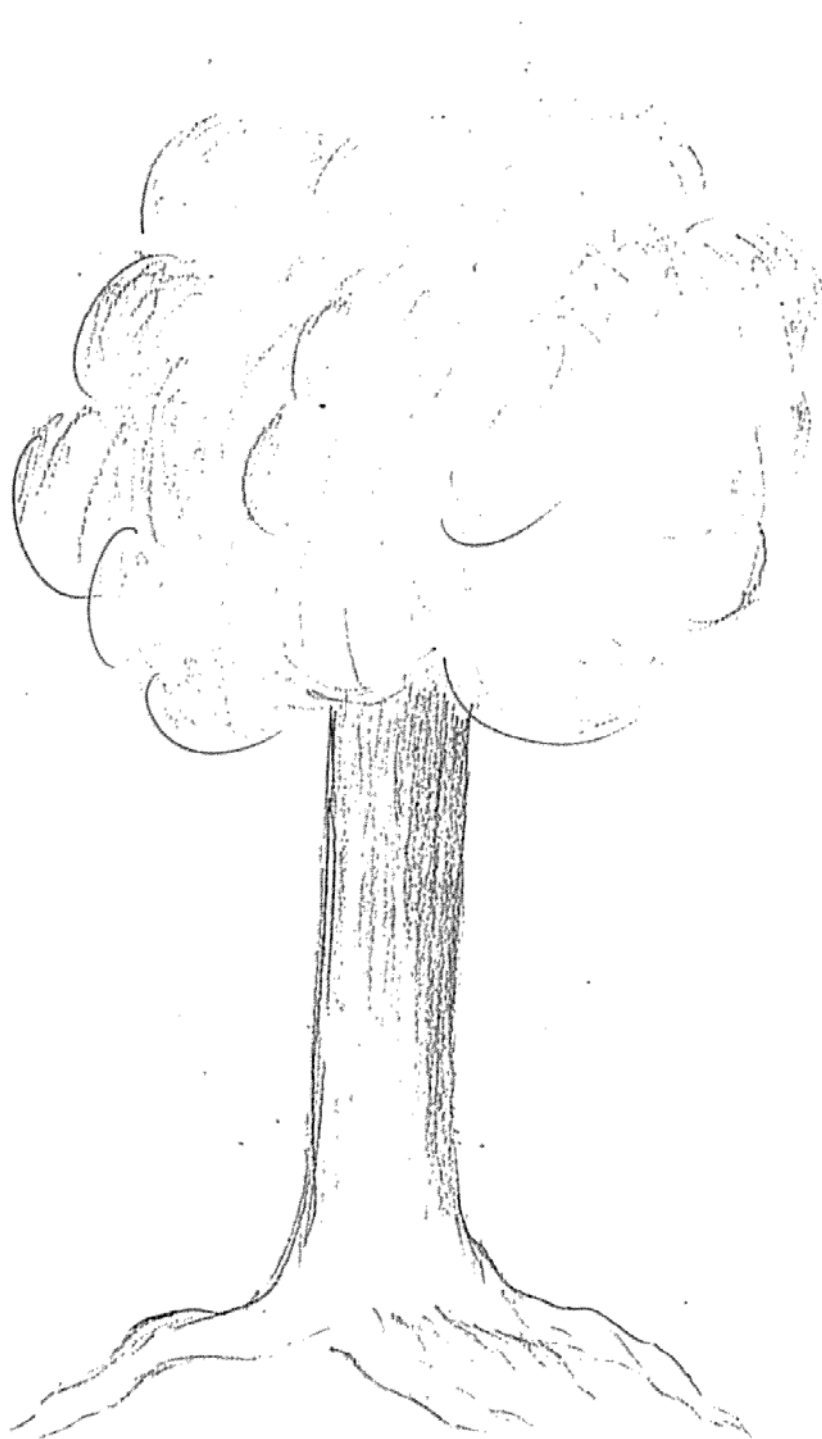
- II Langzeittherapie, regulär beendet, Verschlechterung, ID27,
Therapiebeginn und Ende



II Langzeittherapie, regulär beendet, Verschlechterung, ID27,
Therapiebeginn und Ende

//

III Langzeittherapie, Abbrecher, Verbesserung, ID Nr. 23,
Therapiebeginn und Ende

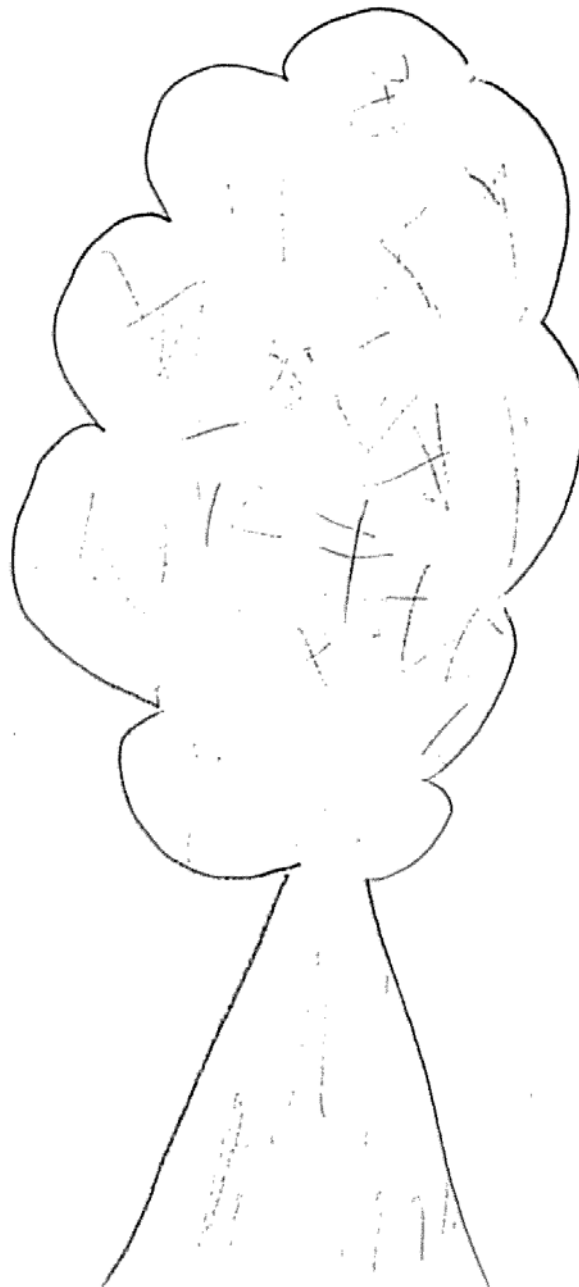


E

III **Langzeittherapie, Abbrecher, Verbesserung, ID Nr. 23,**
Therapiebeginn und Ende



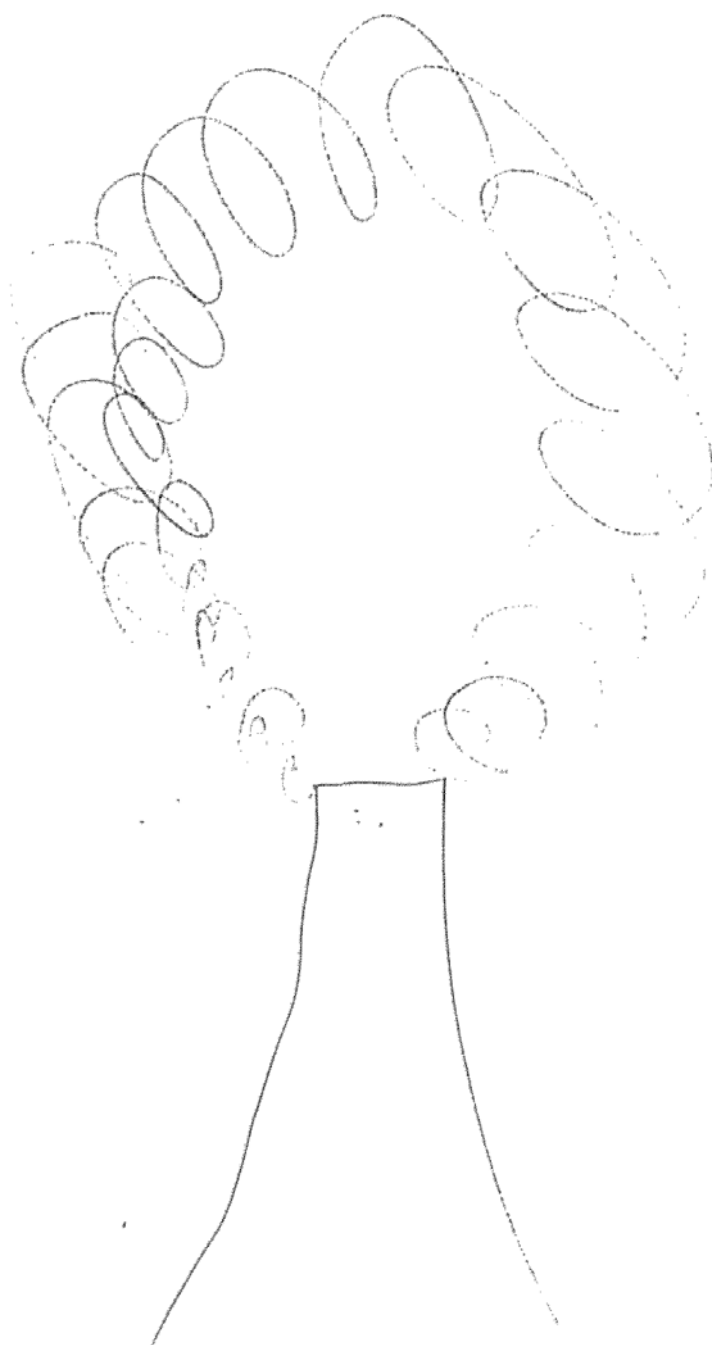
IV Langzeittherapie, Abbrecher, Verschlechterung, ID Nr. 17,
Therapiebeginn und Ende



**IV Langzeittherapie, Abbrecher, Verschlechterung, ID Nr. 17,
Therapiebeginn und Ende**



**V Langzeittherapie, Abbrecher, gleich, ID Nr. 26, Therapiebeginn
und Ende**



V Langzeittherapie, Abbrecher, gleich, ID Nr. 26, Therapiebeginn
und Ende



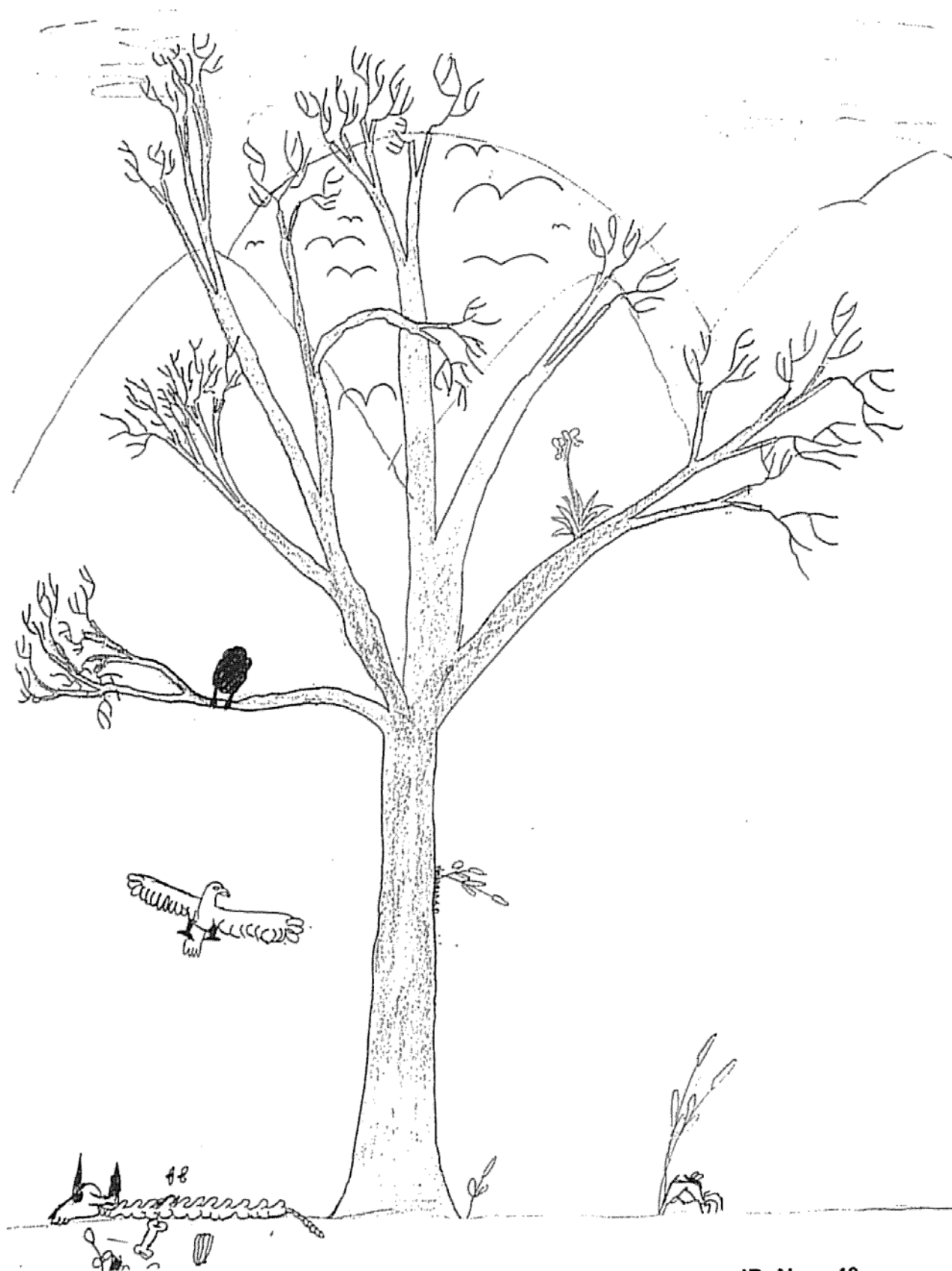
DER VOGELBAUM



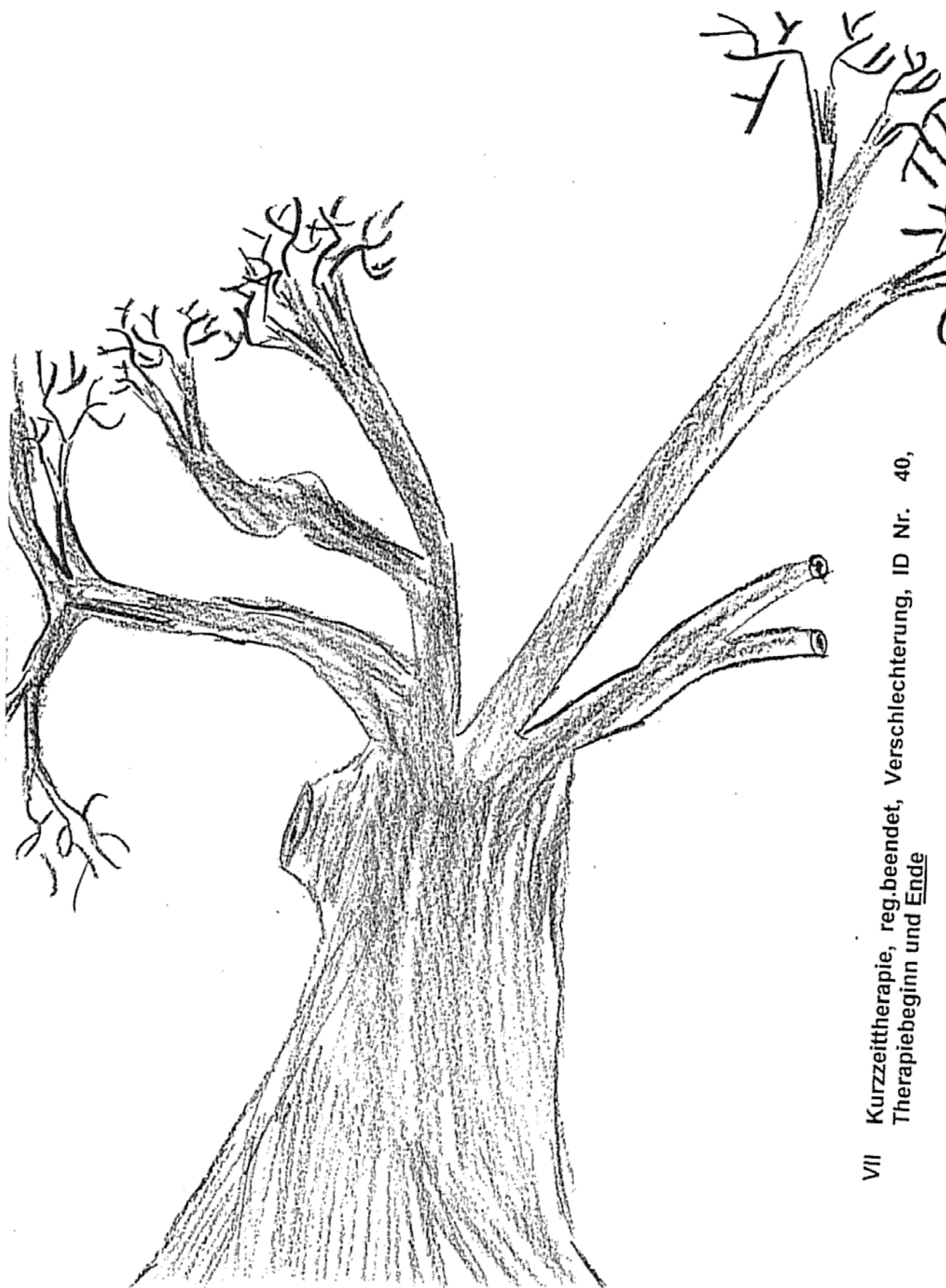
VI Kurzzeittherapie, reg.beendet, Verbesserung, ID Nr. 6,
Therapiebeginn und Ende



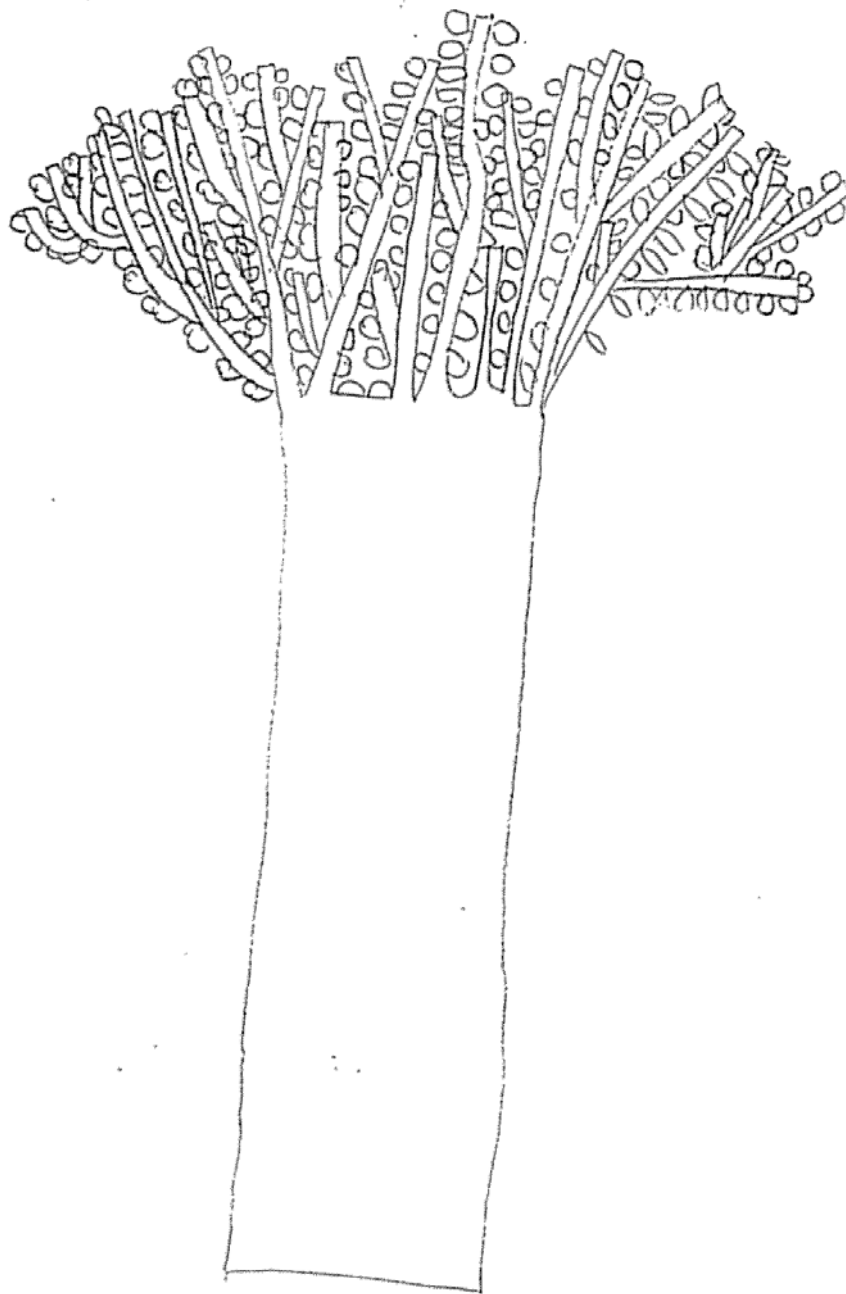
VI Kurzzeittherapie, reg.beendet, Verbesserung, ID Nr. 6,
Therapiebeginn und Ende



VII Kurzzeittherapie, reg.beendet, Verschlechterung, ID Nr. 40,
Therapiebeginn und Ende

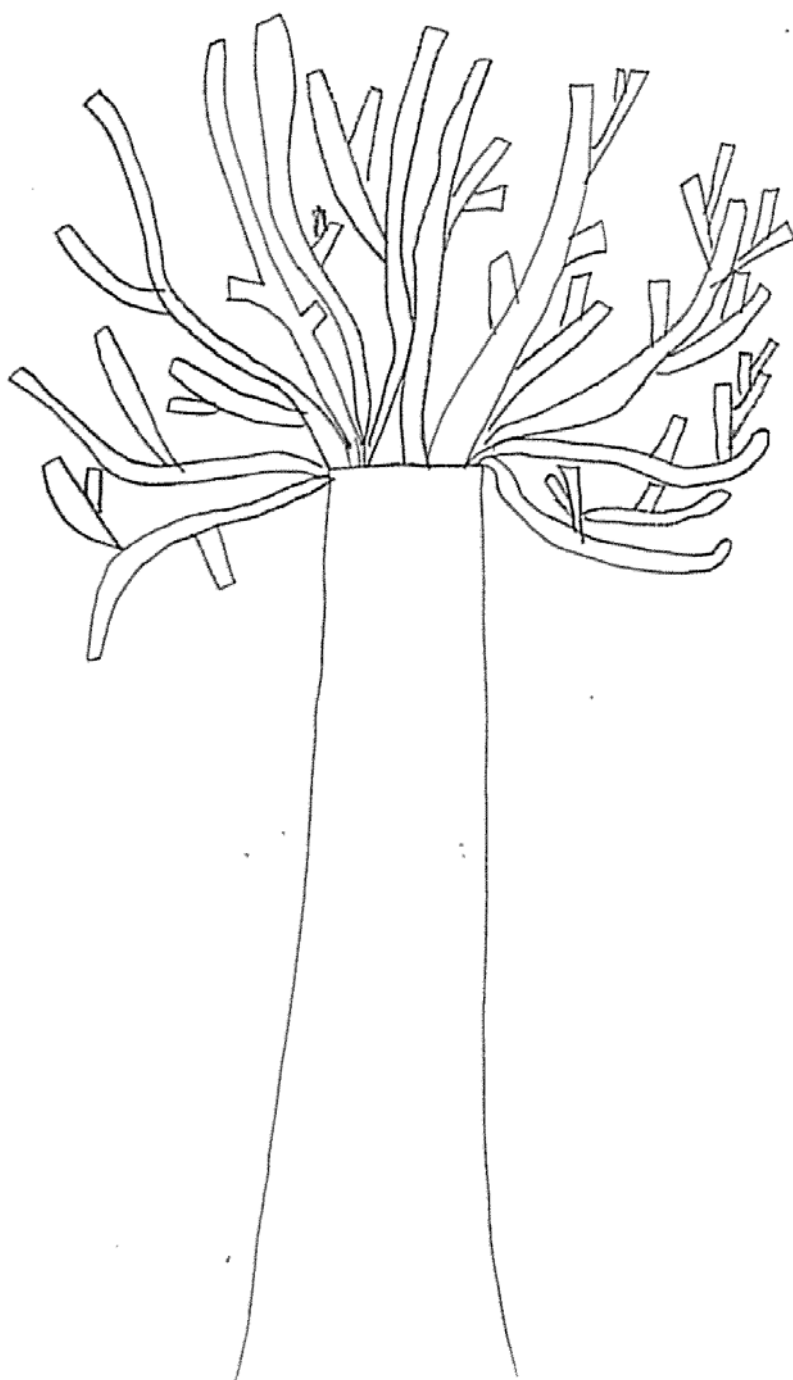


VII Kurzzeittherapie, reg.beendet, Verschlechterung, ID Nr. 40,
Therapiebeginn und Ende



VIII Kontrollgruppe, Verbesserung, ID Nr. 25, Anfang und Ende

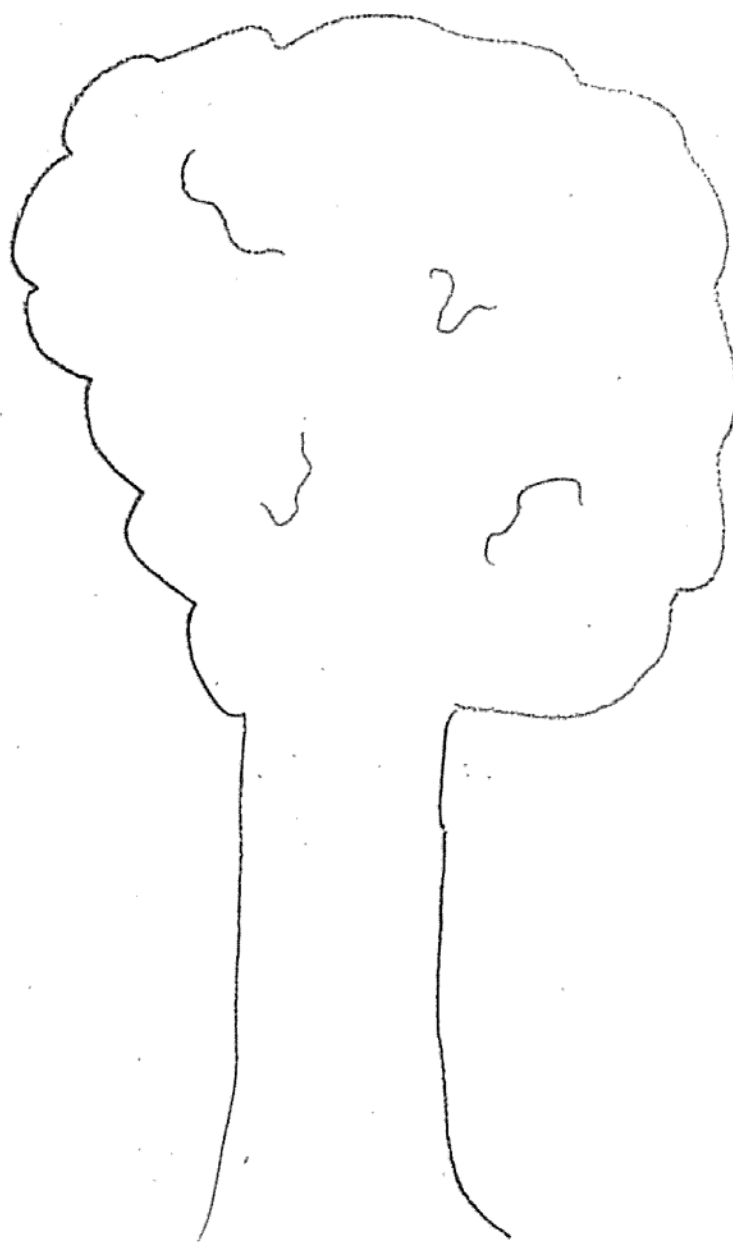
VIII Kontrollgruppe, Verbesserung, ID Nr. 25, Anfang und Ende



IX Kontrollgruppe, Verschlechterung, ID Nr. 22, Anfang und Ende



IX Kontrollgruppe, Verschlechterung, ID Nr. 22, Anfang und Ende



24.3 Fragebögen MVL, GBB Selbstbild, GBB Fremdbild, ALS, Freiburger Fragebogenstudie

Marburger Verhaltensliste

Befragungsbogen

.....
(Vorname des Kindes)

.....
(Familiename)

.....
(Geburtsdatum)

Das Kind geht in diete Klasse

Heutiges Datum:

Auf den folgenden Seiten werden Sie gefragt, an wieviel Tagen innerhalb der letzten zwei Wochen Sie bestimmte Verhaltensweisen bei Ihrem Kind beobachten konnten. Zuerst finden Sie drei Beispiele, die Ihnen die Beantwortung erleichtern sollen:

bitte blättern Sie um

(Dieser Teil der Seite ist für die Auswertung bestimmt)

Termin: Vor/nach Stdn TL/Th

PR	EL	KA	SK	US	IL	Ges.	PR
98	>12 - - 12 -	>11 - - 11 -	>12 - - 12 -	>17 - - 17 -	>19 - - 19 -	>58 - - 58 -	98
97	- 11 -	- 10 -	- 11 - - 10 -	- 16 - - 15 -	- 18 - - 17 -	- 55 - - 53 -	97
96	- 10 -	- 9 -	- 9 -	- 14 -	- 16 -	- 49 -	96
95	- 9 -	- 8 -	- 8 -	- 13 -	- 15 -	- 47 -	95
94	- 8 -	- 7 -	- 7 -	- 12 -	- 14 -	- 45 -	94
92	- 7 -	- 6 -	- 6 -	- 11 -	- 13 -	- 43 -	92
90	- 6 -	- 5 -	- 5 -	- 10 -	- 12 -	- 41 -	90
88	- 5 -	- 4 -	- 4 -	- 9 -	- 11 -	- 38 -	88
85	- 4 -	- 3 -	- 3 -	- 8 -	- 10 -	- 36 -	85
80	- 3 -	- 2 -	- 2 -	- 7 -	- 9 -	- 34 -	80
75	- 2 -	- 1 -	- 1 -	- 6 -	- 8 -	- 31 -	75
70	- 1 -	- 0 -	- 0 -	- 5 -	- 7 -	- 28 -	70
60	- 0 -	- 0 -	- 0 -	- 4 -	- 6 -	- 25 -	60
50	- 0 -	- 0 -	- 0 -	- 3 -	- 5 -	- 22 -	50
40	- 0 -	- 0 -	- 0 -	- 2 -	- 4 -	- 19 -	40
30	- 0 -	- 0 -	- 0 -	- 1 -	- 3 -	- 16 -	30
10	- 0 -	- 0 -	- 0 -	- 0 -	- 2 -	- 13 -	10
RW							RW

Beispiele

Dies hier beschriebene Verhalten konnte ich in
den letzten zwei Wochen an ? Tagen beobachten

Beispiel I

Kaut bei den Schulaufgaben am Füller, Bleistift usw.

(Hier steht in dem Kreis eine 5, weil Sie dieses Verhalten *in den letzten zwei Wochen an fünf Tagen* beobachten konnten)

5

Beispiel II

Ißt auffällig wenig bei den Hauptmahlzeiten.

(Hier steht im Kreis eine 2, weil Sie *in den letzten zwei Wochen dieses Verhalten an zwei Tagen* beobachten konnten)

2

Beispiel III

Verwendet Ausdrücke aus der Kindersprache.

(Hier steht im Kreis eine 14, weil Sie *in den letzten zwei Wochen dieses Verhalten an jedem Tag* beobachten konnten)

14

Gefragt wird also immer nach der *Zahl* Ihrer Beobachtungen *in den letzten zwei Wochen*. Wenn Ihr Kind ein bestimmtes Verhalten bisher immer gezeigt hat, in den letzten beiden Wochen aber nicht, müssen Sie also in den zugehörigen Kreis eine Null eintragen:

Beispiel

Zieht sich zurück, wenn Besuch kommt.

(Hier steht im Kreis eine 0, weil Sie *in den letzten zwei Wochen dies Verhalten an keinem Tag* beobachten konnten)

0

Nicht immer werden Sie sich ganz genau erinnern können, wie oft etwas in den letzten zwei Wochen passiert ist. In einem solchen Fall tragen Sie bitte die Zahl ein, die Ihrer Meinung nach noch am ehesten zutrifft. In die Kreise dürfen nur Zahlen eingetragen werden. Lassen Sie bitte keinen Kreis aus.

Dies hier beschriebene Verhalten konnte ich in
den letzten zwei Wochen an ? Tagen beobachten

1. Will alles selber können und machen, schätzt seine Möglichkeiten falsch ein.
2. Zeigt nach einem Fernsehprogramm starke Angst.
3. Klammert sich in einer unbekannten Situation an die Mutter (oder andere bekannte Erwachsene).
4. Fragt öfters, wie lange noch etwas dauert.
5. Zerstört oder zerpfückt Blumen und Pflanzen.
6. Wirft sich auf den Boden und schreit, wenn es etwas nicht bekommt oder tun darf.
7. Erzählt, daß andere es in der Schule meiden, daß niemand neben ihm sitzen will usw.
8. Sucht im Wettspiel einen „sicheren Platz“, um nicht zu verlieren.
9. Weicht in fremder Umgebung der Mutter nicht von der Seite.
10. Zieht sich bei Angst die Bettdecke über den Kopf.
11. Muß (auch bei kleinen Einkäufen) mit einem Zettel einkaufen gehen.
12. Hält beim Spielen nicht lange durch und gibt schnell auf.
13. Beklagt sich, daß andere Kinder seine Spielvorschläge nicht annehmen und nicht mit ihm spielen wollen.
14. Will abends nicht allein zu Hause bleiben.
15. Ist schnell von etwas begeistert, hält aber nicht lange durch.
16. Zeigt nicht von selbst die Hausaufgaben vor.
17. Weint bei den Hausaufgaben.
18. Geht nicht zu Schulkameraden, die es auf der Straße spielen sieht.
19. Gibt auf Fragen anderer keine oder nur kurze Antworten.
20. Hat Angst in die Schule zu gehen.

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Bitte blättern Sie um

--	--	--	--	--

Dies hier beschriebene Verhalten konnte ich in
den letzten zwei Wochen an ? Tagen beobachten

21. Weiß nicht mehr, was als Hausaufgabe gestellt wurde.
22. Fängt bei einem ganz geringen Anlaß zu weinen an.
23. Kann nicht stillsitzen, rutscht auf dem Stuhl hin und her.
24. Spricht mit Spieltieren oder Puppen.
25. Kann im Spiel (z. B. „Mensch-ärgere-dich-nicht“) schlecht verlieren.
26. Fängt innerhalb kurzer Zeit viele Dinge an und führt keines zu Ende.
27. Wacht nachts angstvoll weinend oder schreiend auf.
28. Hat erhebliche Schwierigkeiten (heftige Auseinandersetzungen) mit seinen Geschwistern.
29. Fragt immer wieder nach, ob ein Versprechen auch ganz bestimmt eingehalten wird.
30. Zeigt Angst vor der Dunkelheit.
31. Steht einfach herum, wenn andere Kinder spielen.
32. Gibt Geld aus, um damit die Zuwendung anderer Kinder zu erlangen.
33. Sagt auf die Frage nach dem Grund für sein Verhalten: „Das weiß ich nicht“.
34. Stört die Spiele anderer Kinder, wenn es nicht selber daran teilnehmen darf.
35. Stampft mit den Füßen auf schlägt Türen zu, tritt gegen Stühle usw., wenn es wütend ist.
36. Erzählt, daß andere Kinder es in der Schule ausgelacht, gehänselt, geärgert oder geprügelt haben.
37. Kommt alleine, ohne Begleitung anderer Kinder, von der Schule nach Hause.
38. Spielt mit Spielsachen jüngerer Kinder.
39. Wirft mit Gegenständen, wenn es wütend ist.
40. Beschwört sich über Geschwister oder andere Kinder.

○
○
○
○
○
○
○
○
○
○
○
○
○
○
○
○
○
○
○
○

--	--	--	--	--

Dies hier beschriebene Verhalten konnte ich in
den letzten zwei Wochen an ? Tagen beobachten

41. Ißt und trinkt nichts bei fremden Leuten.
42. Geniert sich, jemanden nach dem Weg usw. zu fragen.
43. Erzählt Phantasiegeschichten, um Eindruck zu machen.
44. Gibt nach einem Mißerfolg anderen die Schuld und beschimpft sie.
45. Wird bei geringem Anlaß jähzornig.
46. Will nur Hausaufgaben machen, wenn die Mutter dabei ist.
47. Sitzt oder steht mit offenem Mund da.
48. Sagt, wenn man etwas von ihm verlangt: „Das kann ich nicht“.
49. Behält in fremder Umgebung den einmal eingenommenen Platz bei.
50. Kann sich nicht beeilen, wenn die Zeit drängt.
51. Schiebt Verpflichtungen auf andere ab.
52. Verlegt oder verliert Schulsachen oder Schulbücher.
53. Übersieht auch bei einfachen Tätigkeiten Dinge, die man eigentlich sehen müßte, „hat Scheuklappen“.
54. Fragt bei einer Tätigkeit häufig nach, ob das, was es tut, auch richtig ist.
55. Stößt, kneift oder schlägt andere Kinder.
56. Kann nur kürzere Zeit (etwa 5—10 Minuten) konzentriert an einer Tätigkeit arbeiten.
57. Nimmt bei plötzlicher Bewegung eines anderen schützend die Arme hoch.
58. Zeigt und erzählt immer wieder, was es besonders gut kann.
59. Kann schlecht abwarten und möchte seinen Wunsch sofort erfüllt haben.
60. Spielt lieber mit Vater und Mutter als mit anderen Kindern.

Bitte blättern Sie um

--	--	--	--	--

Dies hier beschriebene Verhalten konnte ich in
den letzten zwei Wochen an ? Tagen beobachten

61. Spielt am Nachmittag allein oder mit den Geschwistern.
62. Versteckt anderen Dinge und läßt sie dann suchen.
63. Ist bei den Hausaufgaben leicht ablenkbar, guckt zum Fenster hinaus usw.
64. Kaut an den Nägeln.
65. Gibt bei einem kleinen Mißerfolg gleich auf.
66. Ahmt andere Kinder auffallend stark nach.
67. Wird verlegen oder weicht aus, wenn es Schulkameraden auf der Straße begegnet.
68. Dreht an den Knöpfen oder nestelt an seiner Kleidung herum.
69. Spielt mit jüngeren Kindern (die Geschwister sind nicht gemeint).
70. Sagt, wenn es etwas gebastelt, gemalt oder gearbeitet hat, „Das ist nicht gut“ oder ähnliches.
71. Fängt beim Malen immer wieder ein neues Bild an, malt aber keines zu Ende.
72. Kann sich mit einer plötzlichen Veränderung im Tageslauf schlecht abfinden.
73. Arbeitet auch dann an einer Aufgabe weiter, wenn es merkt, daß der Lösungsweg falsch ist.
74. Sucht Streit mit anderen Kindern.
75. Schimpft bei schwierigen Aufgaben auf den Lehrer.
76. Wechselt schnell und unvermittelt zwischen Lust und Unlust.
77. Grüßt bei gegebenem Anlaß nicht von selbst.
78. Ärgert andere über längere Zeit, stichelt, ohne aufzuhören.
79. Ist in fremder Umgebung befangen und scheu.
80. Verteidigt sich bei Beschuldigungen fast schreiend.

--	--	--	--	--

Vergewissern Sie sich bitte, daß Sie zu allen Verhaltensweisen Stellung genommen haben, und geben Sie bitte noch an, wer den Bogen ausgefüllt hat (Zutreffendes bitte unterstreichen):

Die Angaben wurden gemacht

von der Mutter

von beiden Eltern gemeinsam

vom Vater

von

Für Zusätze und Bemerkungen steht Ihnen der Rest dieser Seite zur Verfügung.

GIESSENER BESCHWERDEBOGEN FÜR KINDER UND JUGENDLICHE (GBB-KJ)

Wie heißt Du?

Wie alt bist Du?

Manchmal fühlen sich Jungen und Mädchen nicht wohl. Sie leiden unter bestimmten körperlichen Beschwerden oder es tut ihnen etwas weh. Überlege nun bitte, unter welchen Beschwerden Du leidest und mache ein X in die entsprechende Spalte, je nachdem wie häufig die Beschwerden auftreten. Es kann sein, daß Du etwas nicht verstehst. Dann mache einfach ein Fragezeichen an den Rand.

Du kannst bei diesen Fragen nichts falsch machen.

	nie	selten	manch- mal	oft	dau- ernd
01. Schwächegefühl					
02. Herzklopfen, -jagen oder -stolpern					
03. Bauchweh					
04. Weinen					
05. Hautjucken, Hautausschlag					
06. Unterleibsschmerzen (Schmerzen im Unterbauch)					
07. Schmerzen in den Armen					
08. Schwarz vor den Augen werden					
09. Müdigkeit					
10. Schmerzen im Knie					
11. Schwindelgefühl					
12. Gelenk- oder Gliederschmerzen					
13. Kreuz- oder Rückenschmerzen					
14. Nacken- oder Schulterschmerzen					
15. Stolpern oder Hinfallen					
16. Erbrechen (sich übergeben, kotzen)					
17. Verschwommen sehen					
18. Übelkeit					

	nie	selten	manch- mal	oft	dau- ernd
19. Schmerzen im Bein					
20. Häufig zum Klo rennen müssen					
21. Flimmern vor den Augen					
22. Frieren					
23. Sodbrennen oder saures Aufstoßen					
24. Verkrampfung im Arm oder in der Hand					
25. Kopfschmerzen					
26. Schnell müde werden					
27. Schwanken und Torkeln					
28. Husten					
29. Gefühl der Benommenheit (nicht ganz da sein)					
30. Brennen oder Kribbeln in Händen und Füßen					
31. Verstopfung (nicht aufs Klo können)					
32. Schmerzen in den Füßen					
33. Kalte Hände					
34. Einschlafen von Armen oder Beinen					
35. Nachts aufwachen					
36. Keinen Appetit					
37. Mattigkeit (schlapp sein)					
38. Durchfall					
39. Stiche, Schmerzen oder Ziehen in der Brust					
40. Zittern					
41. Halsschmerzen					
42. Kalte Füße					
43. Freßanfälle					
44. Magenschmerzen					
45. Atemnot (keine Luft kriegen)					

	nie	selten	manch- mal	oft	dau- ernd
46. Druckgefühl im Kopf					
47. Rasche Erschöpfbarkeit					
48. Erstickungsgefühl					
49. Verstopfte Nase					
50. Zappeligkeit					
51. Hitzegefühl					
52. Hautunreinheiten, Pickel					
53. Schnupfen					
54. Druck- oder Völlegefühl im Leib					
55. übermäßiges Schlafbedürfnis					
56. Kloßgefühl, Engigkeit oder Würgen im Hals					
57. Aufstoßen					
58. Schweregefühl oder Müdigkeit in den Beinen					
59. anfallsweise Halsbeschwerden					

Falls Du noch andere Beschwerden hast, die in der Liste nicht vorkommen, kannst Du diese hier aufschreiben:

GBB-KJ

Liste der Leitbeschwerden
("stark")

Auswertungsblatt

Name:

Alter:

Datum:

Berechnung der Skalen-Rohwerte:

Erschöpfung E: $9 + 26 + 37 + 47 + 51 + 55 + 58 =$

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Magensymptomatik M: $3 + 6 + 16 + 18 + 20 + 38 + 44 =$

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Gliederschmerzen G: $7 + 10 + 12 + 14 + 19 + 24 + 32 =$

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Kreislaufsymptomatik K: $8 + 11 + 17 + 21 + 27 + 29 + 59 =$

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Erkältungssymptomatik ES: $22 + 28 + 33 + 41 + 42 + 49 + 53 =$

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Beschwerdedruck B: $E + M + G + K + ES =$

Jungen	Q ₁	Q ₂	Q ₃	Q ₄	Q ₁	Q ₂	Q ₃	Q ₄	Mädchen
E 9-11	0-1	2-3	4-6	7-	0-2	3-4	5-6	7-	E 9-11
12-13	0-2	3-5	6-7	8-	0-4	5-6	7-10	10-	12-13
14-15	0-3	4-6	7-9	10-	0-6	7-9	10-12	13-	14-15
M 9-11	0-2	3-4	5-6	7-	0-3	4-5	6-7	8-	M 9-11
12-13	0-2	3-4	5-6	7-	0-4	5-6	7-8	9-	12-13
14-15	0-1	2-3	4-6	7-	0-4	5-6	7-9	10-	14-15
G 9-11	0-0	1	2-5	6-	0	1-2	3-5	6-	G 9-11
12-13	0-1	2-3	4-6	7-	0-2	3-4	5-8	9-	12-13
14-15	0-1	2-3	4-5	6-	0-1	2-4	5-7	8-	14-15
K 9-11	0	1	2-3	4-	0	1	2	3-	K 9-11
12-13	0	1-	2-3	4-	0-1	2-3	4-6	7-	12-13
14-15	0	1-2	3-4	5-	0-2	3-5	6-8	9-	14-15
ES 9-11	0-4	5-6	7-10	11-	0-6	7-9	10-11	12-	ES 9-11
12-13	0-4	5-6	7-9	10-	0-7	8-9	10-12	12-	12-13
14-15	0-4	5-7	8-10	11-	0-7	8-10	11-14	15-	14-15
B 9-11	0-13	14-20	21-31	32-	0-18	19-25	26-33	34-	B 9-11
12-13	0-15	16-24	25-32	33-	0-26	27-35	36-42	43-	12-13
14-15	0-16	17-25	26-36	37-	0-28	29-40	41-51	52-	14-15

GIESSENER BESCHWERDEBOGEN FÜR KINDER UND JUGENDLICHE (GBB-KJ) (Fremdbild)

Ich bin der Vater 0*

Ich bin die Mutter 0*

Name meines Kindes:

Alter meines Kindes:

Manchmal fühlt sich Ihr Kind nicht wohl. Es leidet unter bestimmten körperlichen Beschwerden oder es tut ihm etwas weh. Überlegen Sie nun bitte, unter welchen Beschwerden Ihr Kind leidet und machen Sie ein X in die entsprechende Spalte, je nachdem wie häufig die Beschwerden auftreten. Es kann sein, daß Sie etwas nicht verstehen. Dann machen Sie einfach ein Fragezeichen an den Rand.

	nie	selten	manch- mal	oft	dau- ernd
01. Schwächegefühl					
02. Herzklopfen, -jagen oder -stolpern					
03. Bauchweh					
04. Weinen					
05. Hautjucken, Hautausschlag					
06. Unterleibsschmerzen (Schmerzen im Unterbauch)					
07. Schmerzen in den Armen					
08. Schwarz vor den Augen werden					
09. Müdigkeit					
10. Schmerzen im Knie					
11. Schwindelgefühl					
12. Gelenk- oder Gliederschmerzen					
13. Kreuz- oder Rückenschmerzen					
14. Nacken- oder Schulterschmerzen					
15. Stolpern oder Hinfallen					
16. Erbrechen (sich übergeben, kotzen)					
17. Verschwommen sehen					
18. Übelkeit					

* Entsprechendes bitte ankreuzen!

	nie	selten	manch- mal	oft	dau- ernd
19. Schmerzen im Bein					
20. Häufig zum Klo rennen müssen					
21. Flimmern vor den Augen					
22. Frieren					
23. Sodbrennen oder saures Aufstoßen					
24. Verkrampfung im Arm oder in der Hand					
25. Kopfschmerzen					
26. Schnell müde werden					
27. Schwanken und Torkeln					
28. Husten					
29. Gefühl der Benommenheit (nicht ganz da sein)					
30. Brennen oder Kribbeln in Händen und Füßen					
31. Verstopfung (nicht aufs Klo können)					
32. Schmerzen in den Füßen					
33. Kalte Hände					
34. Einschlafen von Armen oder Beinen					
35. Nachts aufwachen					
36. Keinen Appetit					
37. Mattigkeit (schlapp sein)					
38. Durchfall					
39. Stiche, Schmerzen oder Ziehen in der Brust					
40. Zittern					
41. Halsschmerzen					
42. Kalte Füße					
43. Freßanfälle					
44. Magenschmerzen					
45. Atemnot (keine Luft kriegen)					

	nie	selten	manch- mal	oft	dau- ernd
46. Druckgefühl im Kopf					
47. Rasche Erschöpfbarkeit					
48. Erstickungsgefühl					
49. Verstopfte Nase					
50. Zappeligkeit					
51. Hitzegefühl					
52. Hautunreinheiten, Pickel					
53. Schnupfen					
54. Druck- oder Völlegefühl im Leib					
55. übermäßiges Schlafbedürfnis					
56. Kloßgefühl, Engigkeit oder Würgen im Hals					
57. Aufstoßen					
58. Schweregefühl oder Müdigkeit in den Beinen					
59. anfallsweise Halsbeschwerden					

Falls Sie noch andere Beschwerden kennen, die Ihr Kind hat, die in der Liste nicht vorkommen, können Sie diese hier aufschreiben:

ALS**Version F**

Name _____ Mädchen ☐ Junge ☐
 Geburtstag: _____ Untersuchungstag: _____

Dieser Fragebogen enthält verschiedene Aussagen, die Kinder und Jugendliche betreffen. Die Aussagen beziehen sich auf die SCHULE, die FREIZEIT und die FAMILIE. Deshalb stehen jeweils 3 Aussagen mit ähnlichem Inhalt nebeneinander. Blättere kurz um auf die nächste Seite und lies Dir die Aussagen neben Punkt 1. durch:

→ Die **linke** Aussage bezieht sich auf die SCHULE, die **mittlere** auf die FREIZEIT und die **rechte** auf die FAMILIE.

Unter jeder Aussage befinden sich 5 Antwortkästchen mit den Zeichen

--	-	o	+	++
----	---	---	---	----

. Die Zeichen bedeuten:

--	Deutliches NEIN, stimmt überhaupt nicht!	Aussage trifft überhaupt nicht auf mich zu!
-	Eher NEIN, stimmt eher nicht!	Aussage trifft eher nicht auf mich zu!
o	Unentschieden, stimmt weder noch!	Aussage trifft weder noch auf mich zu!
+	Eher JA, stimmt eher!	Aussage trifft eher auf mich zu!
++	Deutliches JA, stimmt ganz genau!	Aussage trifft ganz genau auf mich zu!

Wenn also zum Beispiel eine Aussage **eher nicht** auf Dich zutrifft, machst Du Dein Kreuz bei

--	<input checked="" type="checkbox"/>	o	+	++
----	-------------------------------------	---	---	----

, Du machst Dein Kreuz bei

--	-	o	+	<input checked="" type="checkbox"/>
----	---	---	---	-------------------------------------

, wenn eine Aussage **ganz genau** auf Dich zutrifft. Wenn eine Aussage **weder noch** auf Dich zutrifft, wenn Du also unentschieden bist, machst Du Dein Kreuz bei

--	-	<input checked="" type="checkbox"/>	+	++
----	---	-------------------------------------	---	----

. Und so weiter!

ACHTUNG! Es ist möglich, daß eine Aussage zum Beispiel für die SCHULE **eher** auf Dich zutrifft:

--	-	o	<input checked="" type="checkbox"/>	++
----	---	---	-------------------------------------	----

, für die FREIZEIT aber **überhaupt nicht** auf Dich zutrifft:

<input checked="" type="checkbox"/>	-	o	+	++
-------------------------------------	---	---	---	----

.

Lese deshalb **jede Aussage sorgfältig** durch und **beachte** die **verschiedenen Bereiche** SCHULE, FREIZEIT und FAMILIE.

Überlege nicht zu lange, sondern entscheide Dich gleich und mache **für jede Aussage** Dein Kreuz in einem der 5 Antwortkästchen.

Antworte **unbedingt ehrlich**: Es gibt **keine** guten oder schlechten, richtigen oder falschen Antworten!

Wenn Du ein Wort oder einen Satz nicht verstanden hast, melde Dich und laß es Dir erklären!

So! Wenn Du keine Fragen mehr hast, kannst Du mit dem Ausfüllen des Fragebogens beginnen!

Die 5 möglichen Antworten sind zur Erinnerung auf jeder Seite oben noch einmal abgedruckt.

--
-
○
+
++

Deutliches NEIN, stimmt **überhaupt nicht!**Eher NEIN, stimmt **eher nicht!**Unentschieden, stimmt **weder noch!**Eher JA, stimmt **eher!**Deutliches JA, stimmt **ganz genau!**

In der SCHULE

In der FREIZEIT

In der FAMILIE

1. Ich glaube, daß meine Klassenkameraden oder Lehrer mich schon mal auslachen.

--	-	○	+	++
----	---	---	---	----

Ich glaube, daß meine Spielkameraden oder Freunde mich schon mal auslachen.

--	-	○	+	++
----	---	---	---	----

Ich glaube, daß meine Geschwister oder Eltern mich schon mal auslachen.

--	-	○	+	++
----	---	---	---	----

2. In der Schule fühle ich mich immer sehr wohl.

--	-	○	+	++
----	---	---	---	----

In der Freizeit fühle ich mich immer sehr wohl.

--	-	○	+	++
----	---	---	---	----

In meiner Familie fühle ich mich immer sehr wohl.

--	-	○	+	++
----	---	---	---	----

3. Ich finde mich völlig in Ordnung, wenn ich mich mit meinen Klassenkameraden vergleiche.

--	-	○	+	++
----	---	---	---	----

Ich finde mich völlig in Ordnung, wenn ich mich mit meinen Spielkameraden und Freunden vergleiche.

--	-	○	+	++
----	---	---	---	----

Ich finde mich völlig in Ordnung, wenn ich mich mit meinen Geschwister oder Eltern vergleiche.

--	-	○	+	++
----	---	---	---	----

4. In der Schule bin ich ausgesprochen zufrieden mit mir.

--	-	○	+	++
----	---	---	---	----

In der Freizeit bin ich ausgesprochen zufrieden mit mir.

--	-	○	+	++
----	---	---	---	----

In meiner Familie bin ich ausgesprochen zufrieden mit mir.

--	-	○	+	++
----	---	---	---	----

5. Meine Klassenkameraden oder Lehrer sind hin und wieder unzufrieden mit mir.

--	-	○	+	++
----	---	---	---	----

Meine Spielkameraden oder Freunde sind hin und wieder unzufrieden mit mir.

--	-	○	+	++
----	---	---	---	----

Meine Geschwister oder Eltern sind hin und wieder unzufrieden mit mir.

--	-	○	+	++
----	---	---	---	----

6. In der Schule bin ich manchmal ein Versager.

--	-	○	+	++
----	---	---	---	----

In der Freizeit bin ich manchmal ein Versager.

--	-	○	+	++
----	---	---	---	----

In meiner Familie bin ich manchmal ein Versager.

--	-	○	+	++
----	---	---	---	----

--
-
○
+
++

Deutliches NEIN, stimmt **überhaupt nicht!**Eher NEIN, stimmt **eher nicht!**Unentschieden, stimmt **weder noch!**Eher JA, stimmt **eher!**Deutliches JA, stimmt **ganz genau!**

In der SCHULE	In der FREIZEIT	In der FAMILIE
7. In der Schule bin ich immer ein fröhlicher Mensch.	In der Freizeit bin ich immer ein fröhlicher Mensch.	In meiner Familie bin ich immer ein fröhlicher Mensch.
-- - ○ + ++	-- - ○ + ++	-- - ○ + ++
8. In der Schule habe ich manchmal Angst, Fehler zu machen.	In der Freizeit habe ich manchmal Angst, Fehler zu machen.	In meiner Familie habe ich manchmal Angst, Fehler zu machen.
-- - ○ + ++	-- - ○ + ++	-- - ○ + ++
9. Mit meinen Klassenkameraden oder Lehrern komme ich immer sehr gut aus.	Mit meinen Spielkameraden oder Freunden komme ich immer sehr gut aus.	Mit meinen Geschwistern oder Eltern komme ich immer sehr gut aus.
-- - ○ + ++	-- - ○ + ++	-- - ○ + ++
10. Ab und zu glaube ich, daß ich in der Schule zu kaum etwas gut bin.	Ab und zu glaube ich, daß ich in der Freizeit zu kaum etwas gut bin.	ab und zu glaube ich, daß ich in meiner Familie zu kaum etwas gut bin.
-- - ○ + ++	-- - ○ + ++	-- - ○ + ++
11. Meine Klassenkameraden oder Lehrer mögen mich ganz besonders gern.	Meine Spielkameraden oder Freunde mögen mich ganz besonders gern.	Meine Geschwister oder Eltern mögen mich ganz besonders gern.
-- - ○ + ++	-- - ○ + ++	-- - ○ + ++
12. In der Schule fühle ich mich hin und wieder nicht wohl.	In der Freizeit fühle ich mich hin und wieder nicht wohl.	In meiner Familie fühle ich mich hin und wieder nicht wohl.
-- - ○ + ++	-- - ○ + ++	-- - ○ + ++

--
-
○
+
++

Deutliches NEIN, stimmt **überhaupt nicht!**Eher NEIN, stimmt **eher nicht!**Unentschieden, stimmt **weder noch!**Eher JA, stimmt **eher!**Deutliches JA, stimmt **ganz genau!**

In der SCHULE

In der FREIZEIT

In der FAMILIE

13. Ich glaube, daß mich meine Klassenkameraden oder Lehrer **nicht** besonders hübsch finden.

--	-	○	+	++
----	---	---	---	----

- Ich glaube, daß mich meine Spielkameraden oder Freunde **nicht** besonders hübsch finden.

--	-	○	+	++
----	---	---	---	----

- Ich glaube, daß mich meine Geschwister oder Eltern **nicht** besonders hübsch finden.

--	-	○	+	++
----	---	---	---	----

14. Meine Klassenkameraden oder Lehrer nehmen mich immer ernst.

--	-	○	+	++
----	---	---	---	----

- Meine Spielkameraden oder Freunde nehmen mich immer ernst.

--	-	○	+	++
----	---	---	---	----

- Meine Geschwister oder Eltern nehmen mich immer ernst.

--	-	○	+	++
----	---	---	---	----

15. In der Schule fühle ich mich ab und zu wertlos.

--	-	○	+	++
----	---	---	---	----

- In der Freizeit fühle ich mich ab und zu wertlos.

--	-	○	+	++
----	---	---	---	----

- In meiner Familie fühle ich mich ab und zu wertlos.

--	-	○	+	++
----	---	---	---	----

16. Ich bin besonders beliebt bei meinen Klassenkameraden oder Lehrern.

--	-	○	+	++
----	---	---	---	----

- Ich bin besonders beliebt bei meinen Spielkameraden oder Freunden.

--	-	○	+	++
----	---	---	---	----

- Ich bin besonders beliebt bei meinen Geschwistern oder Eltern.

--	-	○	+	++
----	---	---	---	----

17. Ich glaube, daß mich meine Klassenkameraden oder Lehrer manchmal **nicht** ganz ernst nehmen.

--	-	○	+	++
----	---	---	---	----

- Ich glaube, daß mich meine Spielkameraden oder Freunde manchmal **nicht** ganz ernst nehmen.

--	-	○	+	++
----	---	---	---	----

- Ich glaube, daß mich meine Geschwister oder Eltern manchmal **nicht** ganz ernst nehmen.

--	-	○	+	++
----	---	---	---	----

18. In der Schule fühle ich mich wertvoll.

--	-	○	+	++
----	---	---	---	----

- In der Freizeit fühle ich mich wertvoll.

--	-	○	+	++
----	---	---	---	----

- In meiner Familie fühle ich mich wertvoll.

--	-	○	+	++
----	---	---	---	----

Danke schön, daß Du den Fragebogen ausgefüllt hast!

**Freiburger
Fragebogenstudie zu**

***Außergewöhnlichen
Erfahrungen***

2. Überzeugungen und Umfeld

Dieser Aussage stimme ich zu...	Zustimmung				
	gar nicht	wenig	teils-teils	ziemlich	völlig
1. Ich fühle mich mit einer höheren Wirklichkeit/ mit einem höheren Wesen/ Gott verbunden. Darauf kann ich auch in schweren Zeiten vertrauen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Ich versuche, mich der Hand Gottes/ eines höheren Wesens/ einer höheren Wirklichkeit anzuvertrauen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Wir Menschen können nicht alles bestimmen. Es gibt eine höhere Wirklichkeit/ ein höheres Wesen/ Gott, dem ich mich anvertrauen kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Manchmal habe ich den Eindruck, dass ich in meinem Leben von einer höheren Einsicht herausgeführt werde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Religiöse Praktiken (z.B. Beten, Mantras sprechen, geistige Lieder singen, meditieren) helfen mir in schwierigen Situationen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Meine Seele lebt auch nach meinem Tod weiter.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Ich bin Teil eines großen Ganzen, in dem ich geborgen bin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Ich bezeichne mich als religiös, auch wenn ich keiner Glaubensgemeinschaft angehöre.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Ich bin ein Mensch mit Körper und Intellekt. Und ich bin untrennbar mit dem Kosmos verbunden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Es gibt im Menschenleben manches Glück oder Unglück, das meine Möglichkeiten des Erklärens und Verstehens übersteigt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Ich habe schon die Erfahrung gemacht, dass ich mich mit der Welt und dem Kosmos eins fühle.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Ich finde ohne weiteres jemanden, der sich um meine Wohnung (z.B. Blumen, Haustiere, Post) kümmert, wenn ich mal nicht da bin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Es gibt Menschen, die mich ohne Einschränkung so nehmen wie ich bin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Ich erfahre von anderen viel Verständnis und Geborgenheit.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Ich habe einen sehr vertrauten Menschen, mit dessen Hilfe ich immer rechnen kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Bei Bedarf kann ich mir ohne Probleme bei Freunden oder Nachbarn etwas ausleihen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Ich habe Freunde/Angehörige, die sich auf jeden Fall Zeit nehmen und gut zuhören, wenn ich mich aussprechen möchte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Ich kenne mehrere Menschen, mit denen ich gerne etwas unternehme.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Ich habe Freunde/Angehörige, die mich einfach mal umarmen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Wenn ich krank bin, kann ich ohne Zögern Freunde/Angehörige bitten, wichtige Dinge (z.B. Einkaufen) für mich zu erledigen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Wenn ich mal sehr bedrückt bin, weiß ich, zu wem ich damit ohne weiteres gehen kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Es gibt Menschen, die Freude und Leid mit mir teilen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Bei manchen Freunden/Angehörigen kann ich auch mal ganz ausgelassen sein.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Ich habe einen vertrauten Menschen, in dessen Nähe ich mich ohne Einschränkung wohl fühle.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Es gibt eine Gruppe von Menschen (Freundeskreis, Clique), zu der ich gehöre und mit denen ich mich häufig treffe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>